

# Boletín CAIPaDi

## Efecto de la dieta mediterránea alta en grasa en el peso corporal y la circunferencia de cintura. Reflexión sobre el estudio PREDIMED.

El tratamiento médico nutricional (TMN) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemias y obesidad, habitualmente está dirigido a recomendar dietas bajas en grasa. Esta recomendación es derivada de la hipótesis lipídica, es decir, que una dieta baja en grasa *per se* disminuye la fracción de colesterol LDL y por lo tanto una reducción en el riesgo de enfermedad cardiovascular. Por otra parte, en el tratamiento convencional de la obesidad la alta densidad energética de los lípidos ha supuesto que una dieta baja en grasa puede favorecer la reducción de peso. Esto ha determinado en la práctica clínica del TMN durante los últimos 40 años que se considere a la dieta baja en grasa como una recomendación saludable.

Estruch y colaboradores llevaron a cabo un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado con intervención nutricional para prevención primaria en pacientes con alto riesgo cardiovascular, titulado **Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED)**<sup>1</sup>. Tuvo una duración de 4.8 años (2.8 – 5.8) y dentro de sus objetivos se evaluaron los efectos del patrón de alimentación mediterráneo sobre el peso corporal y la circunferencia de cintura (CC) a largo plazo. Se incluyeron a 3,085 participantes, hombres de 55 a 80 años y mujeres 60 a 80 años, con DM2 con tres o más factores de riesgo cardiovascular, y se dividieron en

tres grupos al azar con las siguientes intervenciones:

- Grupo 1 (n=1,501) – Dieta mediterránea enriquecida con aceite de oliva extra virgen (50ml/día), con 40% de grasas del requerimiento energético total.
- Grupo 2 (n=1,241) – Dieta mediterránea enriquecida con semillas: nueces, almendras y avellanas (30g/día), con 40% de grasas del requerimiento energético total.
- Grupo 3 (n=1,243) – Dieta control baja en grasa, con menos del 30% de grasas del requerimiento energético total.

Es importante aclarar que a ninguno de los 3 grupos se le realizó restricción de energía o incremento de actividad física.

Los participantes en los 3 grupos alcanzaron una reducción significativa de peso corporal y de la CC. La diferencia ajustada de cambios en el peso corporal a 5 años en la dieta mediterránea (grupo 1) con el grupo de aceite de oliva fue -0.43 kg (IC del 95% -0.86 a -0.01;  $p = 0.044$ ) y en el grupo de nueces (grupo 2) fue de -0.08 kg (-0.50 a 0.35;  $p = 0.730$ ), en comparación con el grupo control. En el mismo período de tiempo, la diferencia ajustada en los cambios para la CC fue -0.55 cm (-1.16 a -0.06;  $p = 0.048$ ) en el grupo 1 y -0.94 cm (-1.60 a 0.27;  $p = 0.006$ ) en el grupo 2, en comparación con el grupo control.

Los resultados obtenidos del estudio mostraron que, respecto al

patrón de alimentación, el grupo 1 y 2 incrementaron el consumo de ácidos grasos totales (grupo 1: 40.0% a 41.8% y grupo 2: 40.4% a 42.2%), principalmente ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados ( $p < 0.0001$ ), disminuyendo el consumo de proteínas e hidratos de carbono ( $p < 0.0001$ ) logrando una buena adhesión a la dieta mediterránea ( $< p.0001$ ), en comparación con el grupo 3, que alcanzó una reducción del 40.0% a 37.4% de ácidos grasos totales.

A pesar de que los cambios en la CC fueron inicialmente paralelos a los de peso corporal en todos los grupos, el grupo 1 y 2 mostraron un cambio de CC (+0.85 y +0.37cm, respectivamente), siendo mayor en el grupo 3 (+1.2cm).

Con lo anterior se demuestra que el patrón de alimentación mediterráneo con un aporte de grasas ( $\geq 40\%$ ) a base de aceite de oliva o nueces, es una opción saludable para los pacientes con DM2, sobrepeso u obesidad. No se encontraron datos clínicamente o estadísticamente significativos en el aumento de peso, por el contrario se encontró que este patrón puede ayudar al mantenimiento del peso corporal e incluso a la reducción significativa de éste. Una característica de la dieta mediterránea es la prioridad a la calidad y cantidad de alimentos que se incluyen en ella como; nueces, verduras, frutas, granos enteros y aceites vegetales, y se excluyen otros como; dulces,

bebidas azucaradas, comida rápida, etc., relacionados con el desarrollo de enfermedades crónicas como DM2 o enfermedad cardiovascular.

El índice de masa corporal (IMC) y la medición de la CC son las herramientas más utilizadas para la evaluación del estado nutricional. Se estima que el IMC representa un factor de riesgo atribuible para la presencia de DM2 del 49.6% en todas las edades a nivel mundial<sup>2</sup>. Sin embargo, no siempre se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, por lo que la medición conjunta de la CC puede dar una ventaja adicional para la identificación del riesgo cardiometabólico.

Los resultados anteriormente descritos se suman a las directrices dietéticas actuales, basadas en recomendar patrones de alimentación saludables, tomando en cuenta la calidad de la dieta en general y no de un solo alimento, los patrones estudiados en diversas poblaciones comparten varias características; un consumo bajo de alimentos procesados, una menor ingestión de bebidas azucaradas y de alimentos ricos en grasas saturadas o trans, y un mayor consumo de cereales integrales, nueces, pescados, carnes magras, lácteos descremados, frutas y vegetales.

Por lo tanto, el enfoque actual de recomendar combinaciones saludables de diferentes grupos de alimentos parece ser una de las mejores estrategias para el asesoramiento individual y poblacional en materia alimentaria en lugar de promover o limitar el consumo de alimentos de manera aislada. Una medida puede ser regionalizar los patrones de alimentación incluso dentro de un mismo país o estado, acorde a las preferencias y temporalidad de los alimentos producidos en dichas regiones.

El patrón de alimentación mediterráneo aporta de un 35 al 40% de la energía diaria requerida por un sujeto a base de grasas de buena calidad, relacionadas con la disminución del riesgo para el

desarrollo de enfermedades crónicas como DM2 o enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, hay que tener cautela con el consumo de las grasas en la dieta ya que su aporte no es libre y debe estar centrado en la combinación de diferentes grupos de alimentos, ya que un aporte excesivo de manera constante puede ser suficiente para la ganancia de peso gradual.

Por otra parte, una dieta baja en grasa no es un equivalente de una dieta correcta o saludable ya que esto dependerá del equilibrio en el consumo de ácidos grasos, así como la cantidad y calidad de los hidratos de carbono de la alimentación.

Los Estándares de la Asociación Americana de Diabetes 2016 (ADA) o las Guías alimentarias para población americana en su octava edición 2015-2020, apoyan la recomendación sobre la inclusión de alimentos que aporten grasas saludables de origen vegetal para promover un estado de salud óptimo en lugar de una restricción basada en un porcentaje arbitrario de consumo de grasas en la dieta.

#### **Referencias:**

1. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, et al. Effect of a high-fat Mediterranean diet on bodyweight and waist circumference: a prespecified secondary outcomes analysis of the PREDIMED randomised controlled trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2016, Volume 4, Issue 8 , 666 – 676.
2. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Data Tool 1993-2013. <http://www.healthdata.org>

**P.L.N. Héctor Manuel Infanzón Talango**

**P.L.N. Rocío Chontal Fonseca  
L.N, E.D, Marco A. Melgarejo  
Nutriología CAIPaDi**