



<https://www.revclinesp.es>

RV-033 - ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PERSONAS MAYORES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

F. Seguí, R. Casas, A. Jordan, I. Macaya, J. Ribot, A. Foncillas, R. Estruch y E. Sacanella

Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Resumen

Objetivos: La implementación de medidas no farmacológicas para el control y prevención de la enfermedad cardiovascular es difícil especialmente en población de edad avanzada. El objetivo de este estudio es comparar el grado de adherencia a una intervención dietética tipo DMed a largo plazo (3 años) en una cohorte de pacientes jóvenes (≤ 60 años) y ancianos (≤ 74 años) incluidos en el Estudio PREDIMED y evaluar el grado de control de factores de riesgo cardiovascular en ambas cohortes.

Material y métodos: Hemos recogido datos demográficos, clínicos, antropométricos, y nutricionales (grado de adherencia a la DMed evaluado mediante escala 14 puntos de adherencia a dieta mediterránea*) en los pacientes más jóvenes (P25 edad ≤ 60 años) y más mayores (P50 edad ≤ 74 años) incluidos en el PREDIMED antes de empezar la intervención dietética**, y 3 años más tarde. *La escala de adherencia a la DMed es una herramienta validada que analiza 14 ítems de ingesta nutricional claves en la DMed con un rango entre 0-14 puntos. Puntuaciones más elevadas indican mejor adherencia a la DMed (Schroder et al. J Nutr. 2011;141:1140-5). **El estudio PREDIMED evaluó el efecto de tres intervenciones dietéticas (DMed suplementada con aceite de oliva extravirgen, DMed suplementada con frutos secos, y una dieta control baja en grasas) en la morbilidad de 7,500 pacientes de alto riesgo cardiovascular (Estruch et al. N Engl J Med. 2013;368:1279-90).

Resultados: Se incluyeron 1495 pacientes ($754 \leq 60$ años y $741 \leq 74$ años), distribuidos de manera homogénea en los 3 grupos de intervención. La edad media fue $58,3 \pm 1,9$ vs $76,2 \pm 1,9$ años en el grupo de jóvenes y ancianos respectivamente ($p < 0,001$). Entre los ancianos había más mujeres ($p < 0,001$), más prevalencia de HTA y diabetes mellitus tipo 2, y menor prevalencia de tabaquismo e historia familiar de cardiopatía isquémica que con respecto a los jóvenes ($p < 0,001$ todas). La adherencia a la DMed mejoró significativamente en ambos grupos de intervención con DMed (suplementada con aceite oliva virgen extra o frutos secos) a los 3 años de la intervención, manteniéndose sin cambios el grupo control (dieta baja en grasas). No hubo diferencias en el grado de adherencia a la DMed entre jóvenes y ancianos ($10,2 \pm 2$ vs $9,8 \pm 1,9$ puntos; $p > 0,05$). Los ancianos tenían una alta adherencia ($\geq 75\%$ de adherencia) a la DMed en los siguientes ítems: consumo de aceite de oliva, carne roja, mantequilla, bebidas azucaradas y pollo. La adherencia en cambio fue menor para verdura, fruta, frutos secos, pescado, vino, legumbres y pastelería. Los pacientes más mayores tenían un consumo de carne roja y pollo más similar al patrón de DMed que los jóvenes ($p < 0,05$, todos). El grado de control de FRC a los 3 años de la intervención fue similar en jóvenes y ancianos. De hecho, el grupo de ancianos presentó cifras de PAD, triglicéridos y colesterol total y LDL significativamente menores que el grupo de los jóvenes ($p < 0,05$).

Discusión: El grado de adherencia a la DMed fue razonablemente bueno y se incrementó de forma significativa en los dos grupos a los 3 años de la intervención. No se detectaron diferencias en el grado de adherencia a la DMed entre los pacientes más jóvenes y más ancianos incluidos ($p > 0,05$). El grado de control del FRC a los 3 años de la intervención fue similar en ≈ 60 años y ≈ 74 años y levemente superior entre los más mayores. Son aspectos a mejorar el consumo de verdura, fruta, frutos secos, pescado, legumbres y pastelería.

Conclusiones: Nunca es tarde para mejorar nuestros hábitos alimentarios y por lo tanto la edad avanzada no debería ser una contraindicación para emplear la intervención dietética como herramienta terapéutica.

Agradecimientos: proyecto financiado por la Ayuda FIS (PI13/02184) y por la Ayuda SEMI-2015.