

INFORMACIÓN

20 de noviembre de 2023 celebramos con inmenso júbilo y satisfacción el Día Mundial de la Dieta Mediterránea (DM).

La Universidad de Almería ha brillado como epicentro de la Dieta Mediterránea durante la jornada conmemorativa del Día Mundial de esta dieta. Expertos de renombre internacional se han reunido para destacar los impresionantes beneficios para la salud ligados a este estilo de alimentación. Este libro captura los descubrimientos, testimonios y avances presentados en este evento crucial, resaltando cómo la Dieta Mediterránea no solo nutre cuerpos, sino que también preserva tradiciones culturales y promueve un estilo de vida saludable.

ORGANIZAN



Día Internacional de la Dieta Mediterránea



V Edición

Almería: Puerta de la Dieta Mediterránea

TABLA DE CONTENIDOS

Homenaje a Prof. Ancels Keys (1904-2004) “Padre de la Dieta Mediterránea”

Evidencias científicas que aportan los estudios epidemiológicos a la Dieta Mediterránea

Dieta Mediterránea: De la huerta a la Mesa

Dieta Mediterránea: Aplicación en la nutrición hospitalaria

Estudio Cordioprev. El aceite de Oliva Virgen. ¿Alimento o Medicamentos



PONENTES

Dr.- Bonetti



Director Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable.

RAMAO. Académico Numerario de la RAMAO.

Prof. Enrique Gómez Gracia.



Catedrático de Medicina Preventiva y director del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Málaga.

Responsable del Grupo PREDIMED Y PREDIMED PLUS de la Facultad de Medicina de Málaga.

Dña. Noelia Carrión



Asociación Almería Gastronómica.

Dña. Irene Zamora



Nutricionista del Hospital HLA Mediterráneo.
Almería.

Prof. Fernando López Segura



Prof. Asociado de la Facultad de Medicina de
Córdoba.

Co-autor del estudio Cordioprev.

Investigador del Instituto de Investigación
Biomédica MAIMONEDES.

CARTA DE PRESENTACION

Cuando se llega a la quinta edición de cualquier actividad trasciende que se trata de algo consolidado y de una destacada repercusión. Estamos en la V edición de la conmemoración del Día Internacional de la Dieta Mediterránea celebrada en la Universidad de Almería, una cita clásica de encuentro multidisciplinar para la difusión de la dieta mediterránea.

La génesis del Seminario Permanente de la Dieta Mediterránea, fruto de la estrecha y excelente colaboración entre la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla y la Universidad de Almería, ha propiciado la realización de diferentes actividades en torno a la dieta mediterránea y nos encontramos ante una de ellas. El día internacional constituye, sin duda, un altavoz de las benevolencias de la dieta mediterránea ante la sociedad y el estudiantado universitario, futuros profesionales y candidatos ideales para el seguimiento de esta dieta y estilo de vida.

Almería es la puerta de la dieta mediterránea porque confluyen una serie de variables que sitúan a nuestra provincia liderando esta forma de vivir y alimentarse. La producción hortofrutícola, que alimenta a Europa con productos de calidad, la oferta e innovación gastronómica y la evidencia científica que demuestra los beneficios a la salud de la población, demuestran que Almería es la referente en dieta mediterránea. Junto a todo ello, la Universidad de Almería asegura la investigación como motor de futuro en los diferentes elementos que conforman la dieta mediterránea.

En esta edición, se exponen las evidencias científicas que aportan los estudios epidemiológicos y los beneficios del aceite de oliva virgen extra, además de la excelente gastronomía y la aplicación en la nutrición hospitalaria de la dieta mediterránea. Se incluye también un merecido y justo homenaje al padre de la dieta mediterránea, Profesor Ancels Keys.

El futuro nos depara retos atractivos para seguir fortaleciendo el seguimiento de la dieta mediterránea de forma transversal. La

sostenibilidad se erige como un necesario compromiso que la sociedad debe incorporar a la vida cotidiana y la dieta mediterránea debe ser un exponente de este reto. La educación infantil, la educación para la salud en todos los ámbitos y la influencia de los medios de comunicación deben abanderar los objetivos de la dieta mediterránea. Mención aparte es la permisividad de las autoridades competentes frente a la producción, venta y consumo de alimentos poco o nada saludables que llenan las estanterías de los supermercados y, por ende, causan enfermedades perfectamente evitables. ¿No son suficientes las estadísticas de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras? ¿qué más tienen que pasar para contrarrestar, proporcionadamente, los daños que produce la comida nada saludable? La dieta mediterránea es la respuesta para conseguir una alimentación saludable y constituye el exponente ideal del mejor estilo de vida.

Prof. Dr. Gabriel Aguilera Manrique
Vicerrector de Sostenibilidad, Salud y Deportes
Universidad de Almería

VÍDEO DE PRESENTACIÓN

Rafael Ansón



Presidente de la
Academia
Iberoamericana de
Gastronomía.



PRÓLOGO

El Seminario permanente de la Dieta Mediterránea, vinculado a la Universidad de Almería y coordinado por el Dr. Alejandro Bonetti, nos ofrece un nuevo libro electrónico, elaborado con las presentaciones de distintos expertos en el acto académico, con motivo de la celebración del Día Internacional de la Dieta Mediterránea 2023. En esta nueva edición, con una acertada dedicatoria al Profesor Ancel Keys, se hace nuevamente patente la vocación docente del coordinador, orientada a difundir la importancia de nuestra emblemática dieta sobre la salud humana. De hecho, las ponencias de los doctores López Segura y Gómez Gracia profundizan en ese aspecto con una idea clara, que es mostrar las evidencias científicas existentes de su beneficio en la prevención cardiovascular. En este aspecto, ambos expertos desarrollan sus ponencias con gran consistencia científica, centrándose sobre todo en los dos estudios seminales de intervención nutricional con la Dieta Mediterránea. Ambos han sido fruto de la investigación generada en hospitales y centros de investigación españoles: el estudio PREDIMED y el estudio CORDIOPREV. El primero de ellos, un estudio multicéntrico de prevención primaria mostró datos rotundos de que nuestra paradigmática forma de alimentarnos, tanto

basada en aceite de oliva virgen como en frutos secos, redujo un conjunto de eventos cardiovasculares en personas sin enfermedad previa, es decir en prevención primaria. Posteriormente el estudio CORDIOPREV, de carácter unicéntrico, ha aportado dos conceptos adicionales de gran importancia, primero demostrar que nuestra dieta también tiene efecto preventivo en poblaciones con enfermedad cardiovascular previa, es decir en prevención secundaria. Y es que la dieta que nos ocupa no solo previene episodios cardiovasculares en personas previamente sanas, sino que también permite controlar la enfermedad ya existente, reduciendo las recidivas. El segundo aspecto, que era muy demandando en la comunidad científica y le da máxima originalidad al CORDIOPREV, es que demostró que su beneficio superó al de otra dieta saludable, la dieta pobre en grasa (Low fat diet), considerada hasta entonces en la ciencia anglosajona como el modelo alimentario más adecuado en la prevención cardiovascular. Además, esto supone que nuestra dieta es superior a la anteriormente recomendada.

Pero este simposio, como se refleja en el presente libro, abre otras alternativas importantes que deberán explorarse en el futuro. Una de ellas, planteada en la ponencia de la nutricionista D^a Irene Zamora, es si las evidencias favorables de la Dieta Mediterránea, demostradas en los estudios previos en personas en vida domiciliaria, también son aplicables a personas hospitalizadas. Tal como indica la autora, este grupo de pacientes tienen un serio peligro de salud, porque una nutrición inadecuada agrava su enfermedad de base. Este hecho, es decir si la dieta mediterránea es la mejor opción para estas situaciones, deberá ser fruto del esfuerzo investigador de profesionales hospitalarios, que aporten evidencias científicas de calidad, basadas en eventos clínicos, con diseños del mismo nivel de evidencia que los estudios CORDIOPREV y PREDIMED. Finalmente, y de forma acertada, se da paso en el programa a D^a Noelia Carrión. Esta autora ha plasmado, con su experiencia gastronómica, lo que subyace actualmente y es la presión externa de la industria alimentaria sobre los consumidores, favoreciendo el consumo de productos ajenos a nuestra dieta y que están suponiendo el abandono de la Dieta Mediterránea. Ejemplo de ello es la introducción masiva de alimentos ultra procesados, especialmente en la dieta de los más jóvenes, con su peligrosa implicación

por favorecer la obesidad, la enfermedad cardiovascular y el cáncer. Pero, además, su defensa para consumir alimentos de proximidad y temporada pone en alerta sobre la entrada masiva de productos lejanos, frecuentemente de ultramar, que llenan nuestros supermercados. Algunos de éstos, aparentemente saludables por ser frutas o verduras, llegan convertidos en productos que han perdido en el camino gran parte de su olor, su sabor y sus virtudes nutricionales. Y esto sin contar el consumo de energía fósil para su transporte, con el consiguiente daño sobre el planeta. En suma, el Dr Bonetti merece ser felicitado, por su esfuerzo docente y por reivindicar y difundir la genuina Dieta Mediterránea, frente al fraude científico que supone el abandono de nuestros alimentos genuinos.

Prof. Pérez Jiménez

HOMENAJE A PROF. ANCELS KEYS (1904-2004)



Dr.- Bonetti



De manera unánime se admite que el Prof, Ancels Keys es el Padre de la Dieta Mediterránea (DM), cuando por primera vez descubre y publica los resultados de los estudios de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares a través de la DM. (1).

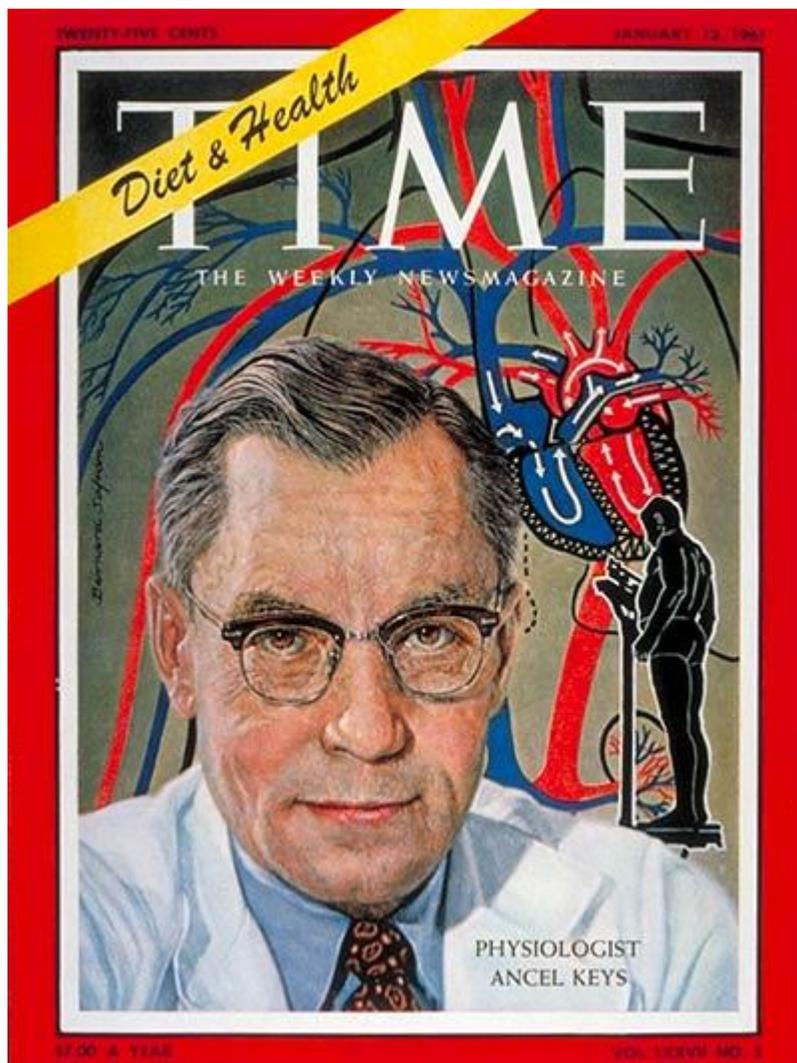
Su formación académica fue variada y distinguida: en la Universidad de Berkeley (California) obtuvo una diplomatura en Ciencias Políticas y Económicas, la licenciatura en Biología y, en 1929, el doctorado en Oceanografía y Biología. Tras una estancia en Copenhague, en el laboratorio del Premio Nobel August Krogh, trabajó en el laboratorio de Fisiología de Barcroft en Cambridge (Inglaterra) y obtuvo un segundo doctorado en Fisiología por esta universidad. Fue profesor asistente en Harvard (1934-1936); en 1937, se incorporó a la Universidad de Minnesota, Minneapolis, y fundó el laboratorio de Higiene Fisiológica de la Universidad de Minnesota para el estudio cuantitativo de la biología humana.

A partir de 1948 Ancel Keys se interesó cada vez más por los efectos de la dieta en el colesterol sanguíneo y en un artículo semanal publicado en la revista holandesa Voeding predijo que las enfermedades del fin de siglo estarían relacionadas con los excesos dietéticos y la arteriosclerosis. Sus relaciones con Italia (Nápoles) y España comenzaron en 1952, cuando visitó Madrid invitado por el Prof. Carlos Jiménez Díaz, oportunidad en la que se alojó en la Residencia de Estudiantes. Con algunos colaboradores de Jiménez Díaz, entre ellos Grande Covián, llevó a cabo un estudio que ponía en relación la dieta con los valores de colesterol en la sangre. Como cuenta

él mismo en sus memorias, observó que los habitantes de Vallecas y Cuatro Caminos, que apenas bebían leche ni comían mantequilla o carne, tenían valores muy bajos y las enfermedades coronarias eran prácticamente desconocidas entre ellos. Por el contrario, los habitantes del barrio de Salamanca, con una dieta mucho más rica en grasas animales tenían valores de colesterol más elevados y los infartos de miocardio no eran infrecuentes. Estas y otras observaciones similares obtenidas en Nápoles le movieron a poner en marcha el primer estudio epidemiológico multinacional sobre la dieta, el colesterol y la enfermedad coronaria, conocido como Estudio de los Siete Países,(1), estudio epidemiológico longitudinal, publicado en 1978, En el momento en el que se realizó este trabajo, todavía no se había acuñado el concepto de factor de riesgo cardiovascular y se cuestionaba la influencia de la grasa saturada y el colesterol de la dieta en el colesterol plasmático y la relación de éste con la enfermedad coronaria. Estas observaciones durante un periodo de treinta años revelaron las diferencias en la incidencia de enfermedad coronaria entre diferentes países y cómo los habitantes de la cuenca mediterránea y especialmente los de Creta disfrutaban de una considerable longevidad, y una baja incidencia de cardiopatía isquémica a pesar de realizar una dieta muy rica en grasa mono insaturada (aceite de oliva como fuente principal). Los cretenses tenían además concentraciones séricas más bajas de colesterol que los habitantes de Finlandia o de EE.UU que padecían enfermedades coronarias con mucha más frecuencia, y todo ello a pesar de las grandes diferencias existentes entonces en condiciones higiénico-sanitarias.

A partir de estos hallazgos Keys propone la “dieta-corazón”

El Estudio Siete Países sirvió para confirmar la hipótesis de que la composición de la dieta es uno de los factores más importantes en la regulación del colesterol en la sangre y, a su vez, que las elevaciones de éste con dietas ricas en grasas saturadas se asocian de forma causal con la arteriosclerosis y el infarto de miocardio. Las repercusiones de estos resultados le llevaron a postular la hipótesis dieta-lípidos-corazón y motivó su aparición en la portada del Time Magazine como «Mr. Cholesterol».



El estudio de los 7 países, incluía 12.763 varones de 40 a 59 años en dieciséis grupos de personas de los siguientes 7 países, que fueron seguidos durante 10 años.

1. Yugoslavia.
2. Italia.
1. Grecia.
2. Finlandia.
3. Holanda. Países bajos.
4. Estados Unidos

En el momento en el que se realizó este trabajo, todavía no se había acuñado el concepto de factor de riesgo cardiovascular y se cuestionaba la influencia de la grasa saturada y el colesterol de la dieta en el colesterol plasmático y la relación de éste con la enfermedad coronaria. Estas observaciones durante un periodo de treinta años, revelaron las diferencias en la incidencia de enfermedad coronaria entre diferentes países y cómo los habitantes de la cuenca mediterránea y especialmente los de Creta disfrutaban de una considerable longevidad, y una baja incidencia de cardiopatía isquémica a pesar de realizar una dieta muy rica en grasa mono insaturada (aceite de oliva como fuente principal). Los cretenses tenían además concentraciones séricas más bajas de colesterol que los habitantes de Finlandia o de EE.UU que padecían enfermedades coronarias con mucha más frecuencia, y todo ello a pesar de las grandes diferencias existentes entonces en condiciones higiénico-sanitarias.

La conclusión del Estudio de los Siete Países llevó a Ansel Keys a desarrollar el concepto de la «dieta mediterránea», ya que vio una menor incidencia de enfermedades alimenticias en los países de la Cuenca mediterránea (particularmente la isla de Creta, en Grecia). En 1975 publicó el libro *How to Eat Well and Stay Well. Come mangiare bene e stare bene.* "The Mediterranean Way", (2) a raíz de sus investigaciones, el cual contiene recetas mediterráneas sencillas y bajas en grasas y azúcares. Por sus influyentes publicaciones, Ansel Keys es considerado el «padre» de la dieta mediterránea, que aún hoy se promociona como la más sana del mundo.

Ansel Keys dedicó toda su carrera laboral y su vida al proyecto de los Siete Países, y en 1993 quedaría plasmada toda la historia del Estudio en el libro *El estudio de los siete países. Una aventura científica en epidemiología cardiovascular*, editado por Daan Kromhout, Alessandro Menotti y Henry Blackburn.

A partir de estos hallazgos Keys propone la “dieta-corazón”

El Dr. Francisco Grande Covián fue estrecho colaborador suyo y coautor de una ecuación que permite predecir los cambios que experimentará el colesterol de la sangre según los tipos de grasa de la dieta. Publicada en 1965, esta ecuación puso de relieve el beneficioso efecto de las grasas mono insaturadas, como el aceite de oliva. Buen conocedor de nuestro país y de sus diferentes cocinas publicó, junto con Margaret, su esposa, varios libros de divulgación subrayando las ventajas de la dieta mediterránea, término acuñado por Keys en su laboratorio de Minnesota.

HISTORIA

Origen de la Dieta Mediterránea.

- Es tan antiguo como la agricultura misma.
- Nace en el neolítico cuando el hombre aprendió a cultivar plantas como los cereales, la vid o el acebuché.
- Los sumerios hace 5.000 años y otras civilizaciones mantuvieron esta dieta, que luego se extendería por el Mediterráneo a través de los Fenicios.
- **Grecia:** Ha sido el centro de la dieta Mediterránea y su posterior difusión al resto de países.



La trilogía clásica de la Cuenca Mediterránea son el:

1. Trigo. (Pan)
2. Olivo. (Aceite de Oliva)
3. Vid. (Vino)

La dieta mediterránea tiene sus orígenes en una porción de tierra considerado único en su tipo, la cuenca del Mediterráneo, lugar que los historiadores llaman "la cuna de la civilización", porque al interior de sus fronteras geográficas se desarrolló la historia completa del mundo antiguo¹.

La cuenca del mediterráneo ha sido cuna de muchas civilizaciones y culturas y la dieta mediterránea representa uno de los logros más significativos de estas civilizaciones. El mar mediterráneo se convirtió en una especie de autopista que facilitó la interrelación de alimentos de diversas culturas, y también la forma de obtenerlos, producirlos, cocinarlos y consumirlos.

La agricultura comenzó con el cultivo de los cereales y legumbres en el Levante, una región que abarca a los países del mediterráneo oriental: Líbano, Israel, Palestina, Siria, Jordania e Iraq. Posteriormente, los fenicios, griegos y romanos cultivaron los tres elementos básicos de la dieta mediterránea: olivos para la producción de aceitunas y aceite de oliva, trigo para hacer el pan y uvas para confeccionar el vino. Luego, estos colonizadores de la cuenca del mediterráneo extendieron las aceitunas y uvas al mediterráneo occidental y distintos pueblos (Iberos, Celtas, Griegos, Romanos, Bárbaros y Árabes) contribuyeron a establecer la actual “trilogía mediterránea” de pan, aceite y vino³.

En la época clásica se podían distinguir dos modelos alimentarios: el clásico-mediterráneo (de los antiguos romanos) y el de los pueblos bárbaro-continentales (germánicos y otros).

Para los antiguos romanos (basado en el modelo griego) el pan, vino y aceite, eran símbolo de la cultura y agricultura rural (y los símbolos elegidos de la nueva fe)¹. Su alimentación consistía en una amplia gama de verduras (cebollas, puerros, lechuga, zanahoria, espárragos, nabos, col, apio y alcachofa), frutas (higos, manzanas, peras, cereza, ciruelas, melocotones, albaricoques y cidras (un tipo de fruta cítrica), frutos secos (castañas, almendras y nueces)², queso de oveja, poca carne y una fuerte preferencia por el pescado y el marisco. A las clases ricas les encantaba el pescado fresco (que comían mayormente frito en aceite de oliva o a la parrilla) y los mariscos, especialmente ostras (crudas o fritas). Sin embargo, los esclavos de Roma estaban destinados a la comida pobre que consistía mensualmente en pan, media libra de aceitunas y aceite de oliva, con algo de pescado salado y rara vez un poco de carne¹.

La tradición romana pronto chocó con el estilo de los alimentos importados de la cultura de los pueblos germánicos, principalmente los nómadas, que vivían en estrecha armonía con el bosque, y que obtenían los recursos alimenticios de la caza, la pesca, la recolección de frutos silvestres y la ganadería del bosque. Criaron cerdos, ampliamente utilizados en la cocina, y cultivaron verduras en pequeños jardines cerca de los campamentos. Los pocos granos cultivados no se utilizaron para hacer el pan, sino cerveza. El choque de estas dos culturas produjo la fusión parcial de sus hábitos

alimenticios. Sin embargo, la cultura romana no se mostró dispuesta a cambiar el estilo de alimentación "Mediterráneo " por el bárbarico. Los elementos fundamentales de la dieta mediterránea, que es la triada “pan, aceite y vino”, se exportaron a las regiones de Europa continental por las órdenes monásticas, que emigraron a esas regiones para evangelizar a los pueblos. Pan, aceite y vino, eran en realidad los elementos centrales de la liturgia cristiana, pero más tarde fueron adoptados también en la alimentación de las personas corrientes de Europa.

GRANDES AVANCES DE LA DIETA MEDITERRANEA EN LAS ULTIMAS DECADAS

El patrimonio científico que nos legó el Prof Ancels Keys ha sido gigante y de grandes dimensiones, con una proyección de gran envergadura. Podríamos afirmar que hoy estaría muy orgulloso, de ver que toda una vida dedicada a la Dieta y la Salud, ha tenido una evolución muy brillante, avalada por los grandes estudios científicos de Predimed (3), Predimed Plus(4) y muy recientemente Cordioprev (2)

De tal suerte que de sentar las bases de los factores de riesgo cardiológicos y la prevención primaria de las Enfermedades Cardiovasculares , hemos pasado a también a la prevención secundaria de las mismas y a las siguientes Prevención Primaria de

1. Enfermedades Metabólicas. Obesidad, Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólico. Destacando la Obesidad, la gran epidemia del Siglo XXI y de preferencia la prevención de la Obesidad Infantil, estimada en España, en un 22%,

2. Enfermedades Neurodegenerativas. Enf de Alzheimer, Enf de Parkinson,

3. Enfermedades Neoplásicas o Tumorales.

En la prevención del Cáncer de Colon (ambos sexos). Ca de Mama y en el Cáncer de Próstata,

Así mismo muestra un especial interés:

Medio Ambiente: Es la dieta más sostenible, menos contaminante y que menos impacta en la Huella de Carbono.

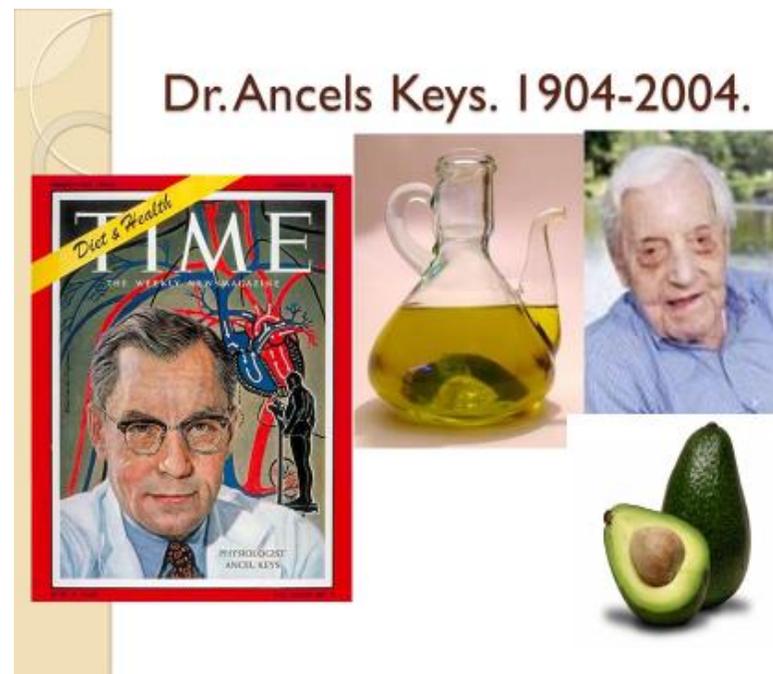
Microbiota Intestinal: La DM favorece tener una Microbiota Intestinal lo más equilibrada y favorable a nuestro organismo. El Microbioma o Microbiota Intestinal se les considera el 2 cerebro y juega un papel estelar en el eje Intestino Cerebral. Las alteraciones de la Microbiota Intestinal deparan Enfermedades Sistémicas tales como:

1. Enfermedades Autoinmunes.
2. Fibromialgia.
3. Intolerancia química múltiples.
4. Autismo.et

Resumen

Dieta Planetaria. Dado sus múltiples bondades en la prevención primaria y secundaria sobre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y el resto de anunciadas, se le considera la Dieta Planetaria por excelencia, en la línea de la Salud Planetaria (Global Health).

Longevidad. El Prof Ancel Keys fallece a los 101 años y semana antes había dado un seminario en la Universidad de Minnesota, lo cual confirma el papel en la Longevidad y mantener un excelente bienestar físico y psíquico.



Hoy hacemos un Gran Homenaje al Prof. Ancels Keys Padre de la Dieta Mediterránea.

BIBLIOGRAFIA

1. The Seven Countries Study. A scientific adventure in cardiovascular epidemiology. Editado por D Kromhout, A Menotti, H Blackburn. Utrecht: Brouwer Offset; 1993.
2. Keys, Ancel and Margaret. How to eat well and stay well. The Mediterranean Way. New York: Doubleday; 1975.
3. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013; 368(14): 1279-90.
4. Vázquez Martínez, Clotilde: [PREDIMED-PLUS: Efecto de una dieta mediterránea hipocalórica y promoción de la actividad física en prevención primaria cardiovascular. Estudio piloto sobre marcadores intermedios] Características de edición: Autor. 2013.

Español. Publicación, Producción, Distribución, etc.:Publicación:
Madrid : Fundación MAPFRE, 2013

5. Prevención secundaria a largo plazo de las enfermedades cardiovasculares con una dieta mediterránea y una dieta baja en grasas, el estudio CordioPrev: un ensayo clínico aleatorio"

Coronary diet intervention with olive oil and cardiovascular prevention study (the cordioprev study): rationale, methods, and baseline characteristics: a clinical trial comparing the efficacy of a mediterranean diet rich in olive oil versus a low-fat diet on cardiovascular disease in coronary patients.

Javier Delgado-Lista, Pablo Perez-Martinez, Antonio Garcia-Rios, Juan F Alcala-Diaz, Ana I. Perez-Caballero, Francisco Gomez-Delgado, Francisco Fuentes, Gracia Quintana-Navarro, Fernando Lopez-Segura, Ana M Ortiz-Morales, Nieves Delgado-Casado, Elena Yubero-Serrano, Antonio Camargo, Carmen Marin, Fernando Rodriguez-Cantalejo, Purificacion Gomez-Luna, Jose M Ordovas, Jose Lopez-Miranda, Francisco Perez-Jimenez.

Am Heart J. Author manuscript; available in PMC 2017 Jul 1.

Published in final edited form as: Am Heart J. 2016 Jul; 177: 42–50.
Published online 2016 Apr 27. doi: 10.1016/j.ahj.2016.04.011

PMCID: PMC4910622

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS QUE APORTAN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS A LA DIETA MEDITERRÁNEA (DM)



Prof. Enrique Gómez Gracia.



Todos estamos convencidos de la relación positiva que existe entre la alimentación y la salud. La relación entre nutrición y salud es conocida y aceptada por todos desde la antigüedad, tanto en la esfera preventiva como en la recuperación de los daños sufridos tras la enfermedad. Así, ya Hipócrates decía “deja que la comida sea tu medicina, y la medicina sea tu comida”. Según datos recientes de la OMS (Organización Mundial de la Salud), las enfermedades no transmisibles (ENT) causan 41 millones de muertes cada año, lo que supone el 71 % de las muertes que se producen en el mundo. El número total de muertes por causas de ENT aumentó de 2007 a 2017 un 22,7 % lo que supone 7,61 millones de muertes (Global Burden of Disease, 2018). En un estudio recientemente publicado por la Comisión EAT- Lancet se pone de manifiesto como la mortalidad asociada a enfermedades debido a una dieta deficiente superaba a la asociada al tabaco o a otros factores de riesgo como la hipertensión arterial (Willett, y otros, 2019); reforzando así la relación existente entre alimentación saludable, mantenimiento de la salud y el desarrollo de enfermedades crónicas.

Hay un consenso generalizado sobre la bondad de la Dieta Mediterránea (DietMed) entre los patrones dietéticos más saludable. Sin embargo, esto hay que demostrarlo con la evidencia que aportan los estudios

epidemiológicos disponibles. En la pirámide de las evidencias científicas se encuentran los ensayos de campo, de intervención dietética del que el PREDIMED y PREDIMED Plus, y el CORDIOPREV son ejemplos palmarios.

En 2010 la American Heart Association (AHA) se planteó promover un cambio en el enfoque de la salud cardiovascular abordando el problema no solo desde la enfermedad sino en términos de salud. De este enfoque preventivo surgió el Life’s Simple 7 (LS7) que engloba 7 componentes o métricas que definen la salud cardiovascular en base a unos criterios cuantificables. Estas métricas engloban conductas de salud que incluyen el índice de masa corporal (IMC), el tabaco, la dieta y la actividad física, y factores de salud como el colesterol total, la presión arterial y la glucosa en sangre (Lloyd-Jones, y otros, 2022). Seis de estos siete componentes tienen que ver directamente con la alimentación.

La métrica de la dieta del LS7 evalúa la ingesta de 5 alimentos o nutrientes (frutas y verduras, pescado, cereales integrales, bebidas azucaradas y sodio) y estos son los representativos de un patrón general de dieta saludable. Sin embargo, tras estos años se ha visto que estos 5 componentes no son los únicos representativos de un patrón de alimentación saludable. Recientemente se ha añadido el sueño por su relación con la salud cardiovascular (Life’s Essential 8) (Yang, Chen, Li, Pan, & Jia, 2015).

En los últimos años se ha producido un cambio en la manera de establecer y estudiar el efecto que una dieta tiene en una determinada población, así como la relación existente entre la dieta y diferentes patologías, transitando de los macronutrientes a los patrones dietéticos. Los estudios centrados en nutrientes aislados o alimentos han dado paso al estudio global de la dieta o a los denominados patrones dietéticos (Tapsell, Neale, Satija, & Hu, 2016). El estudio de los patrones dietéticos se ha convertido en eje central de la investigación nutricional estando plenamente respaldado por el Comité Asesor de las Guías Alimentarias de 2015 (Neuhouser, 2019). Entre los patrones dietéticos, se encuentra el patrón dietético occidental: caracterizado por el consumo de gran cantidad de productos lácteos grasos, granos refinados, carne procesada, bebidas calóricas, dulces, comida rápida y salsas, etc.; el patrón dietético prudente: caracterizado por el consumo de productos lácteos bajos en grasas, granos integrales, frutas, verduras y

zumos, etc.; o bien un patrón dietético de tipo mediterráneo: caracterizado por un elevado consumo de pescado, patatas hervidas, frutas, verduras, legumbres y aceite de oliva, etc. Una de las dietas que mejor comprenden estos modelos o patrones saludables son la mediterránea, ya que además del consumo de estos productos, promueve la cultura de una población, su identidad y tradiciones, así como el consumo local de alimentos de temporada. Fue definida por primera vez como modelo de alimentación por Ancel Keys en el Estudio de los siete países (Keys, y otros, 1986). Este Patrón de Dieta Mediterránea (PDM) que surgió en los años sesenta ha experimentado diversos cambios en muchos países del área mediterránea ha puesto de manifiesto sus beneficios para la salud.

Cada vez más estudios epidemiológicos y de mayor evidencia científica encuentran una fuerte protección cardiovascular asociada a la DietMed. Esta acumulación de evidencia epidemiológica sólida respalda firmemente los beneficios de la DietMed y no está disponible para ningún otro patrón dietético, como se ha puesto de manifiesto en varios estudios, entre ellos el estudio SUN (Martínez-González M. 2006) y un estudio de casos y controles (Fernández-Jarne, y otros, 2002). Además, el estudio prospectivo de Salud de las Enfermeras (Nurses' Health Study) ha demostrado que una mayor adherencia a la DietMed se ha asociado con un menor riesgo de incidencia de cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular en mujeres sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ni diabetes, seguidas desde 1984 hasta 2004 en los Estados Unidos (Fung, y otros, 2009).

Un reciente estudio de Martínez-González et al. revisó de manera crítica la evidencia actual sobre el papel de la DietMed en la salud cardiovascular (Martínez-González, Gea, & Ruiz-Canela, 2019). Se llegó a la conclusión de que la evidencia disponible es amplia, consistente y firme y que la mayor adherencia a la DietMed tradicional se asociaba con mejores resultados de salud cardiovascular

La revisión sistemática realizada por Serra Majem et al. destacó la importancia de los estudios de prevención primaria y secundaria (Serra-Majem, Roman, & Estruch, 2006). El estudio francés Lyon Diet Heart fue un ensayo importante en el estudio de la dieta y la salud cardiovascular. Fue un ensayo de prevención secundaria destinado a reducir el riesgo de

muerte cardiovascular e infarto de miocardio recurrente mediante la modificación de la dieta en 605 pacientes.

El ensayo PREDIMED surge en 2003 y es el mayor ensayo aleatorizado diseñado para evaluar el efecto de la DietMed en el desarrollo de la ECV (Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J. et al. 2018). Es el primer y más grande ensayo de campo aleatorizado, con intervención dietética, en prevención primaria realizado en Europa. Este estudio que incluyó a 7.447 participantes seguidos durante una mediana de 5 años. La intervención con cada una de las dos MedDiets logró aproximadamente una reducción del 30% en el riesgo de eventos clínicos importantes de ECV en comparación con la dieta de control baja en grasas.

Utilizando la misma metodología que el PREDIMED, nuestros resultados fueron replicados recientemente por un ensayo aleatorizado independiente realizado en el sur de España entre supervivientes de un infarto de miocardio, el ensayo CORDIOPREV (Delgado-Lista, J., Alcala-Diaz, J.F et al, 2022). La DietMed con AOVE consiguió obtener una reducción del 27% en la incidencia de nuevos eventos de ECV respecto a una dieta baja en grasas.

Por tanto, se puede a la vista de estos resultados se puede afirmar que los efectos cardioprotectores de la DietMed son ahora una ciencia plenamente establecida, siendo el patrón de dieta mediterránea el modelo dietético ideal para la prevención y la salud pública. Ete patrón dietético está respaldado por la mejor evidencia científicas (ciencia establecida). Varios ensayos aleatorios de gran tamaño: Lyon, PREDIMED, PREDIMED Plus, CORDIOPREV, así lo han demostrado. Por tanto, se podría decir que existe una acumulación incomparable de grandes estudios prospectivos en todo el mundo, con resultados replicados y hallazgos consistentes.

Estas evidencias nos indican que existe una protección efectiva contra las enfermedades cardiovasculares, la mortalidad prematura, así como contra la enfermedad neurodegenerativa, el cáncer (la evidencia más sólida de cáncer de mama), y también contra la diabetes.

Junto a esa protección hay también evidencias especialmente fuertes con el AOVE (aceite de oliva virgen extra) para la enfermedad de las arterias periféricas (EAP), la fibrilación auricular, la Diabetes tipo 2 y el cáncer de mama.

Por todo ello, se podría concluir que una mejor adherencia a un patrón de DietMed, así como el seguimiento de hábitos de vida saludable como el ejercicio físico, la disminución del consumo de alcohol o la eliminación del hábito tabáquico son de las mejores herramientas que disponemos actualmente para frenar y prevenir las patologías causantes de las principales causas de muertes y discapacidad en nuestro entorno.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Delgado-Lista, J., Alcala-Diaz, J. F., Torres-Peña, J. D., Quintana-Navarro, G. M., Fuentes, F., Garcia-Rios, A., . . . Investigators, C. (2022). Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): a randomised controlled trial. *Lancet*, 399(10338), 1876–1885.
2. Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M., Corella, D., Arós, F., . . . al., e. (21 de June de 2018). PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med*, 378(25), e34.
3. Fung, T. T., Rexrode, K. M., Mantzoros, C. S., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2009). Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation*, 119(8), 1093–1100.
4. Global Burden of Disease. (8 de noviembre de 2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10), 1789-1858.
5. Keys, A., Menotti, A., Karvonen, M. J., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., . . . Keys, M. H. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American journal of epidemiology*, 124(6), 903–915.
6. Lloyd-Jones, D. M., Allen, N. B., Anderson, C., Black, T., Brewer, L. C., Foraker, R. E., . . . Association, A. H. (2022). Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*, 146(5), e18–e43.
7. Martínez-González, M. (2006). The SUN cohort study (Seguimiento University of Navarra). *Public health nutrition*, 9(1A), 127–131.
8. Martínez-González, M., Gea, A., & Ruiz-Canela, M. (2019). The Mediterranean Diet and Cardiovascular Health. *Circ Res*, 124(5), 779-798
9. Neuhouser, M. L. (2019). The importance of healthy dietary patterns in chronic disease prevention. *Nutrition Research*, 70, 3-6.
10. Serra-Majem, L., Roman, B., & Estruch, R. (2006). Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutrition reviews*, 64, S27–S47.
11. Tapsell, L. C., Neale, E. P., Satija, A., & Hu, F. B. (2016). Foods, Nutrients, and Dietary Patterns: Interconnections and Implications for Dietary Guidelines. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 7(3), 445–454.
12. Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., . . . al, e. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*, 393(10170), 447-492.
13. Yang, Y., Chen, H., Li, S., Pan, L., & Jia, C. (2015). Association of sleep duration with the morbidity and mortality of coronary artery disease: a meta-analysis of prospective studies. *Heart Lung Circ*, 24, 1180–1190.

LA VISIÓN DE UNA CHEF SOBRE LA DIETA MEDITERRÁNEA



Dña. Noelia
Carrión



Hablemos de la dieta mediterránea, si bien hoy en día no es necesario recalcar los beneficios de la dieta mediterránea, por qué en cierta medida la conocemos, sí que es hora de ponerla en valor.

En los tiempos que corren la prisa y lo instantáneo es el plato principal en todos o casi todos los aspectos de la vida cotidiana y por ende también afectan a la hora de poner el plato en la mesa. Comida ultra procesada, fast-food, etc., viene en una oleada, casi tendencia, desde otros países influyendo y afectando con mayor importancia a la alimentación de los sectores más jóvenes de nuestra sociedad, y es aquí donde **debemos hacer hincapié y recalcar la importancia de la dieta mediterránea.**

En la figura de los chefs recae, hacerla también más atractiva a las nuevas generaciones, adaptándola a otro tipo de cocinas, técnicas, productos, nuevos sabores y tendencias.

La dieta mediterránea es una de las más sanas y populares del mundo y está avalada por la OMS. Engloba mucho más que una pauta gastronómica, como es el estilo de vida, los cultivos, los países que baña el mediterráneo como son España, Italia, Grecia que comparten costumbres similares de terraceo, restauración y una cocina rica en legumbres, aceite de oliva, frutas y verduras, pescados y cereales.

Pero una de las características que más nos identifica es el **producto de huerta, de km0, de proximidad, jugar con los productos de temporada** tan ricos para combinar con otros ingredientes.

Una de las cosas más importantes es que las administraciones, tanto autonómicas como estatales, apuesten en sectores primarios para defender una pesca, agricultura y ganadería, que sea sostenible, de calidad y rentable para todos los actores involucrados. Con medidas como el control de precios mínimos de producción, de especulación, de calidad sobre todo en productos de terceros países, denominaciones de origen y publicidad, para que el consumidor, el agricultor, el tendero, la cocinera, hasta el comensal, encuentren más accesible dichos productos.

Por otra parte, podemos hablar de la variedad y riqueza de productos que se encuadran dentro de la cuenca mediterránea y engloba dicha dieta. Desde el punto de vista de un cocinero o cocinera, poder contar con esta amplia riqueza de productos de calidad, sanos, con esa variedad de colores, texturas, productos del mar, diferentes denominaciones de origen, etc., es un abanico de posibilidades gigantesco que contamos los chefs en nuestras cocinas, para el uso y disfrute de nuestros comensales.

Como mencionaba al principio, en este mundo tan globalizado, es inevitable adoptar nuevas costumbres culinarias, en parte, en forma de tendencia y es aquí donde entra el juego de un cocinero para adaptar dichas técnicas a nuestra dieta mediterránea o fusionar nuestros productos en los diferentes tipos de cocina que inundan nuestro panorama gastronómico, ya que toda la gran variedad de productos de la que disponemos, nos permite introducirlos e incluso mejorar las recetas de origen, tanto a nivel de sabor como nutricionalmente. Por ejemplo, en la feria gastronómica de Almería, este año pudimos apreciar varias fusiones con productos locales entre los chefs allí presentes o particularmente mi plato, que fue una fusión asiática-andaluza, cabrito de los Filabres con una variedad de acompañantes propios de la dieta mediterránea, dentro de un pan bao.

En la actualidad grandes cocineros de nuestro país que se sitúan en el ranking mundial de la gastronomía, como pueden ser **Susi Díaz, Ángel León,**

Rodrigo de la Calle, Joan Roca, José Andrés, una servidora **Noelia Carrión**, entre otros son arduos defensores de la dieta mediterránea y basan su cocina en ello.

Uno de los aspectos en los que los cocineros y demás defensores de la dieta mediterránea estamos de acuerdo, en mayor o menor medida, es en un catálogo de productos que son imprescindibles en los cuales se tiene que basar la dieta, variando en algunos casos el orden o importancia de algunos de ellos según preferencias, como son:

- **El aceite de oliva**, que para mí es la estrella de la corona, siendo la principal grasa de adición en la dieta mediterránea, este alimento representa un tesoro que ha perdurado a través de siglos y costumbres gastronómicas regionales, dándoles a los platos un sabor y aromas únicos.
- Consumir alimentos de origen vegetal, como son **las frutas, las verduras, legumbres, hongos y frutos secos** que por suerte y debido al clima que tenemos en España, contamos con una amplia variedad de todos ellos durante todo el año. Desde productos frutícolas subtropicales, como el caso de la chirimoya, mango y aguacate de la costa tropical, hasta los productos hortofrutícolas de la huerta de Europa, como es Almería.
- **El pan** y alimentos procedentes de **cereales**, cada vez más populares tanto en cocina como en productos de panadería, también pastas, arroces de diferentes variedades que a día de hoy disponemos por suerte más accesibles en los mercados.
- Los **alimentos frescos y de temporada** son los más adecuados, debemos consumir este tipo de productos, ya que sobre todo en el caso de las frutas y verduras, nos permite consumirlas tanto en su mejor momento nutricional, como por sus aromas y sabores.
- Consumir **productos lácteos**, principalmente yogures y quesos, que en las cocinas profesionales dan mucho juego a diferentes tipos de

recetas internacionales y adaptarlas a la dieta mediterránea como innovación, o simplemente en fresco.

- **Pescados y mariscos** en abundancia y huevos con moderación, como fuente alternativa de proteínas y grasas que utilizamos en diferentes elaboraciones ya sea como ingrediente principal o conductor de otras elaboraciones.

Tenemos la suerte en nuestro mar mediterráneo , de disponer de especies marinas de gran valor culinario y nutritivo, como son diferentes tipos de pescado azul, rico en omega 3, gran cantidad de marisco o pescados blancos, utilizándose en diferentes tipos de elaboraciones, desde guisos más tradicionales, plancha u horno, baja temperatura, frescos hasta salazones, desecaciones o ahumados...

- Y como colofón, las **carnes blancas y rojas**, en menor medida, pero que estén presentes.

Otro aspecto a destacar en la cocina es la importancia de las especias como potenciadores naturales del sabor, haciendo destacar nuestros platos y dándoles una seña de identidad. Por otro lado, siendo el agua la bebida que debemos consumir principalmente, disponemos de una amplia gama de vinos con diferentes denominaciones de origen, que, consumidos con moderación, nos aporta beneficios y a su vez enriquecen también nuestros platos.

Soy de las que piensa, como cocinera y defensora ardua de la cocina tradicional, que no existe cocina de vanguardia sin tradición que le preceda, ya que ambas van cogidas de la mano, y en este caso la cocina mediterránea es la mejor base con la que se puede contar en el momento de meterse entre fogones.

La dieta mediterránea es el puchero de la abuela, es los lunes de lentejas, los garbanzos, o los días de lluvia de migas y sardinas, es el arroz del domingo, es el poder comerte una manzana o una chirimoya que difieren tanto en origen, pero que, aun así, gracias a la variedad climática en la que tenemos la suerte de habitar, poder disfrutar de ello. Va desde lo más

profundo de los hogares de la cuenca del mediterráneo hasta su transformación y traslado a las cartas de restaurantes ya sean de alto standing o como el modelo tradicional. Es la vida en la calle, es la tertulia entre amigos en una mesa llena de comida. La recogida de aceituna, las almazaras llenas de aceite, los barcos de pesca llegando a la lonja, en definitiva, no es solo una dieta, es la representación de la vida social, de los pueblos del mediterráneo.

APLICACIÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA A LA DIETA HOSPITALARIA



Dña. Irene
Zamora



En un contexto donde parece que todos saben de nutrición y dieta mediterránea las enfermedades causadas por hábitos modificables producen 950 millones de muertes en Europa.

La primera causa de mortalidad en España son las enfermedades cardiovasculares, y sí, causadas por hábitos modificables y prevenibles, el hecho de que no existan nutricionistas en cada centro sanitario, en atención primaria, hospitales, es discriminatorio, solo puede acceder al nutricionista quien tenga posibilidad de pagarlo, además de quien tenga posibilidad de concienciarse.

La población es consciente de la relación entre nutrición, dieta mediterránea y salud, el reto es concienciar a las personas que se encargan de administrar cualquier tipo de política con relación a la salud involucren

al dietista nutricionista en las cuestiones que de alimentación y salud pública.

Ya que, al no haber políticas firmes en cuanto a la industria alimentaria, o a la publicidad, deja desprotegidos a los más vulnerables: los niños, que serán futuros adultos y ancianos con malos hábitos, si no se previenen.

Los nutricionistas son los divulgadores de la Dieta Mediterránea, trabaja con el paciente en el cambio de hábitos, adapta los planes nutricionales a los pacientes para que lo puedan mantener en el tiempo y crear el hábito.

Le ayuda en la elección de los alimentos más saludables, que se adaptan a las preferencias y necesidades del paciente.

Lo acompaña en el proceso de consecución de un correcto estilo de vida, es importante que el paciente disfrute del proceso, para ello le proporciona recursos que facilite la consecución.

Y si no es así, nos apoyaremos en otros profesionales para que el paciente consiga los objetivos, objetivos que serán marcados siempre buscando el buen estado de salud del paciente.

La consecución de un estilo de vida “Mediterráneo” (alto en fibra, antioxidantes, grasas saludables y ejercicio físico) es un trabajo multidisciplinar, por eso igual que el nutricionista es el experto en alimentos, se pueden precisar de otros expertos: psicólogos, psiquiatras, digestólogos, endocrinos, geriatras, entrenadores, etc. En definitiva, darle todas las herramientas al paciente para que él sea capaz de recorrer este camino.

El dietista nutricionista es un profesional de la salud, con titulación universitaria especializada en la alimentación de las personas para el cuidado de su salud (acción preventiva) y para contribuir al tratamiento de enfermedades a través de dietas adecuadas y específicas.

Quedan pues excluidas de esta actividad todas aquellas personas que hablan de alimentación y salud, pero no tienen la formación ni la titulación pertinente.

Creo que es importante tener la definición de dietista nutricionista, ya que, al ser de tan reciente incorporación a las profesiones sanitarias, ha evolucionados mucho en estos años, pero todavía es muy volátil. Nuestro código deontológico es muy reciente, por ello la conclusión que debemos tener clara es que el nutricionista deberá trabajar siempre basándose en evidencia científica, apartándose de corrientes y modas, ya que como profesionales sanitarios debemos asegurar y proteger la salud de los pacientes.

La desnutrición asociada a enfermedad es un problema en todos los niveles asistenciales. En los hospitales aparece en casos de enfermedad aguda y procesos crónicos agudizados.

Se ven alterado el apetito, la capacidad de comer y el hecho de procesar la comida y además las necesidades del paciente se ven aumentadas.

Durante en ingreso hospitalario es común que la ingesta del paciente esté disminuida, y esto se relacionar con una peor evolución.

El estudio PREDYCES nos indicó que en España 1 de cada 4 pacientes hospitalizados mayores de 70 años tiene desnutrición.

Además, un 10% de los ingresados sufre desnutrición durante su estancia hospitalaria.

Aquí intervienen juntos, la Dieta Mediterránea y los nutricionistas, para implantarla.

Durante el ingreso hospitalario hay que prever algunos riesgos que se pueden correr:

Periodos frecuentes de ayuno prolongado

Sueroterapia prolongada.

El nutricionista controlará los días que un paciente está en sueroterapia o dietas de tolerancia, contemplando con el médico y/o enfermeras si es posible una evolución en la dieta, y así evitar carencias nutricionales innecesarias.

Falta de control de la ingesta del paciente.

Control de la ingesta del paciente consultando con auxiliares de enfermería o incluso revisando la bandeja.

Comidas mal programadas, presentadas y/o distribuidas.

La implementación de la dieta mediterránea al ámbito hospitalario ha sido un gran avance en esta cuestión, se trata de presentar al paciente comida típica de la zona, bien presentada, con gran variedad de verduras, sabrosa, equilibrada, etc. Cumpliendo los estándares de la dieta mediterránea aseguramos que la comida será apetecible para el paciente y así haremos u estancia hospitalaria más placentera.

Soporte nutricional inadecuado o retrasado.

Además de participar activamente en la elección de la dieta del paciente con el resto de profesionales encargados, en cualquier momento es posible administrar una bandeja a un paciente y además de adaptar, dentro de los recursos de la cocina, a las necesidades y/o hábitos del paciente.

Pérdidas extra de nutrientes

Incremento de los requerimientos energeticos-proteicos.

Importante detectarlos precozmente para poder subsanarlos, bien con suplementación o solo con alimentación. Personas >de 70 años, que precisen dieta con modificación de textura, enfermedades neoplásicas, respiratorias o cardiovasculares se le realiza el cribado nutricional, al ingreso y cada dos semanas durante su estancia. Además de ese cribado, se detecta la adherencia del paciente a la dieta, como es su ingesta y si necesita y está receptivo a mejorar hábitos.

La desnutrición hospitalaria causa una estancia más larga, más complicaciones y mayores costes, por ello es importante un correcto canal de comunicación entre todos los implicados en la dieta y la alimentación del paciente hospitalizado.

Las dietas hospitalarias son planes de alimentación mediante los cuales se seleccionan los alimentos más adecuados, para garantizar que un enfermo

hospitalizado mantenga o alcance un estado nutricional óptimo. (Goikoetxea, 2008) Pueden perseguir en efecto terapéutico, de mantenimiento o preventivo.

Según la OMS la aplicación de una dieta adecuada desarrolla el efecto preventivo, terapéutico y educativo del paciente y contribuye a su bienestar social y físico.

Para ello cada hospital tiene un manual de dietas que se elabora a partir de la unificación de los menús existentes, teniendo en cuenta los fundamentos básicos de la dietética y las características y costumbres de nuestra zona, es decir, la dieta mediterránea.

El código de dietas de un hospital unifica diversos aspectos:

Características asistenciales del centro (n.º de camas, especialidades que cubre, población de referencia)

El tipo de servicio de hostelería (gestión propia o externalizados)

Recursos materiales, económicos y humanos.

La evolución que han tenido los manuales de dietas ha sido con la incorporación de la figura del dietista nutricionista en la elaboración de los menús y en la confección de los manuales y códigos de dietas.

Se le ha dado prioridad a la aplicación de la Dieta Mediterránea durante la hospitalización.

¿POR QUÉ?

El estudio PREDYCES nos mostró que 1 de cada 4 adultos o 1 de cada 3 > de 70 años presentan desnutrición al ingreso.

Un 10% se desnutre en el hospital (principal objetivo)

Los grupos más afectados son enfermedades neoplásicas, cardiovasculares o respiratorias.

Implementamos el cribado con estos criterios, además añadimos pacientes con dietas con texturas modificadas, por presentar menos adherencia, comen menos por lo que tienen mayor riesgo de desnutrición.

El nivel de aceptación de la alimentación hospitalaria mejora satisfacción y calidad de vida durante el ingreso

DIETA MEDITERRANEA

Durante la hospitalización se está realizando en la actualidad prescripciones dietéticas más permisivas, evitando restricciones innecesarias que reducen palatabilidad de la comida.

A continuación, voy a compartir un menú hospitalario antes de la inclusión de los dietistas nutricionistas en los hospitales y en la elaboración de los menús y del manual de dietas:

Año 2012

EJEMPLO DE CONFIGURACIÓN										
SEMANA 1										
		LUNES	MARTES	MIECOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO		
COMIDA	1ª	BASAL	LENTIJS	ALUBIAS ESTOFADAS	MACARRONES BOLORSA	CAZUELA DE FIDEOS	LIBIAS BLANCAS CON ALMELJ	SOPA DE ESTRELLAS		
	2ª	BLANDA	SOPA DE ARROZ CON POLLO	CONSUME	SOPA DE POLLO Y ZANAHORA	CREMA DE CALABAZA	CREMA DE GUISANTES	SOPA DE ESTRELLAS		
	GUARNICIÓN	BASAL	YUGUR	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA		
	POSTRE	BASAL	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA		
	FLUJO	BASAL	FRUTA	NATILLAS	FRUTA EN SU JUDO	ARROZ CON LECHE	MACEDONIA DE FRUTA	MELOCOTON EN ALMIBAR	FRUTA	
CENA	1ª	BASAL	SOPA DE FIDEOS	CREMA DE PUERROS	SOPA DE PESCADO	CONSUME DE POLLO	SOPAS MINESTRONE	SOPA DE AVE		
	2ª	BLANDA	SOJA VERDES CON JAMON	CREMA DE ZANAHORA	SOPA DE PESCADO	CONSUME DE POLLO	SOPAS MINESTRONE	SOPA DE AVE		
	GUARNICIÓN	BASAL	YUGUR	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA		
	POSTRE	BASAL	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA		
	FLUJO	BASAL	FRUTA	NATILLAS	FRUTA EN SU JUDO	ARROZ CON LECHE	MACEDONIA DE FRUTA	MELOCOTON EN ALMIBAR	FRUTA	
SEMANA 2										
COMIDA	1ª	BASAL	LENTIJS	ALUBIAS ESTOFADAS	MACARRONES BOLORSA	CAZUELA DE FIDEOS	LIBIAS BLANCAS CON ALMELJ	SOPA DE ESTRELLAS		
	2ª	BLANDA	SOPA DE ARROZ CON POLLO	CONSUME	SOPA DE POLLO Y ZANAHORA	CREMA DE CALABAZA	CREMA DE GUISANTES	SOPA DE ESTRELLAS		
	GUARNICIÓN	BASAL	YUGUR	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA		
	POSTRE	BASAL	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA		
	FLUJO	BASAL	FRUTA	NATILLAS	FRUTA EN SU JUDO	ARROZ CON LECHE	MACEDONIA DE FRUTA	MELOCOTON EN ALMIBAR	FRUTA	
CENA	1ª	BASAL	SOPA DE FIDEOS	CREMA DE PUERROS	SOPA DE PESCADO	CONSUME DE POLLO	SOPAS MINESTRONE	SOPA DE AVE		
	2ª	BLANDA	SOJA VERDES CON JAMON	CREMA DE ZANAHORA	SOPA DE PESCADO	CONSUME DE POLLO	SOPAS MINESTRONE	SOPA DE AVE		
	GUARNICIÓN	BASAL	YUGUR	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA		
	POSTRE	BASAL	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA	COMPOSTA DE FRUTA		
	FLUJO	BASAL	FRUTA	NATILLAS	FRUTA EN SU JUDO	ARROZ CON LECHE	MACEDONIA DE FRUTA	MELOCOTON EN ALMIBAR	FRUTA	

- La presencia de verdura es baja y poco variada.
- Elaboraciones demasiado sencillas, abuso de consomé y sopas, con la pobreza nutricional que conlleva.
- Presencias de ultraprocesados altos en grasas y azúcares casi todos los días.

- No se presta atención a un equilibrio entre verduras, hidratos de carbono y proteínas.
- Presencia de carnes rojas varios días por semana.
- Prácticamente ausencia de pescado azul.

Desde que la inserción del dietista nutricionista como personal del hospital, se ha labrado un camino hacia la consecución de la instauración de una dieta mediterránea los objetivos que se han ido trabajando :

- Verdura como primer plato o guarnición en comida y cena: incluso en dietas blandas, cumpliendo los criterios.
- Ingesta de 3 frutas al día.
- Legumbres de 3 a 5 días en semana, en dietas blandas en forma de cremas.
- Que el cereal presente (pan, pasta...) sea integral, en todas las dietas que esté permitido, no solo en la cardiosaludable y diabetica, si no que sea la opción para las basales.
- Eliminar ultraprocesados, el postre será fruta (variada y de temporada) y/o lácteo además las meriendas se harán preparados caseros, tradicionales y sin azúcares y se introducirá frutos secos al menos 3 veces por semana en las dietas que se pueda hacer.
- La grasa de elección será siempree aceite de oliva.
- La carne roja se reducirá a un día en semana.
- Pescado azul se trabajará para conseguir dos días por semana.

Además, cada año nos vamos marcando objetivos nuevos, ahora estamos en vías de aumentar el consumo de pescado y legumbres reduciendo el de carne, si bien no solo interviene la variable nutricional y hay que encontrar la manera de conseguirlo, por eso es necesaria la implicación de el personal sanitario, administrativo y por supuesto de cocina.

Asegurar la palatabilidad de las dietas blandas y de modificación de textura, mejorando la forma de preparación y presentación, para que sean apetecibles y logremos una ingesta adecuada por parte de los pacientes más vulnerables. Además que los último estudios muestran una mejoría más pronta del paciente cuando se instaura una alimentación más basal lo

más pronto posible, se han ido haciendo pequeñas concesiones en las dietas terapueticas o blandas pera hacer la comida más apetecible.

Reducir el consumo de embutidos, y carnes procesadas o controlar una mejor composición de las mismas.

En las dietas pediátricas eliminar las opciones azucaradas como primera opción, hay disponibles en el hospital por si lo solicitan, pero de primeras el hospital no le ofrece al paciente pediátrico cacao azucarado o galletas, y además en las comidas principales habrá presente siempre verdura, adecuada la preparación a su dolencia, y en desayuno merienda y postre estará presente la fruta.

2023-24 COQUUS

SEMANA 1	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Plato	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1	Lonchqs Castellanas	Cazuela de fideos	Estofado de ternera	Pasta de Aulitas cocida	Ruqueta 4 quesos	Sopa de pescado	Avena con mango y zanahoria
1 (blanda)	Crema de calabaza	Guiso de pescado	Sopa de fideos	Crema de hortalizas	Revuelto con verduras y pavo	Sopa de pescado	Crema de boniato
2	Cajalinas de pescado	Albondigas en salsa de almendra	Gambetas a la andaluza	Añón encebollado	Contaminados de pollo a la mostaza	Roti de pavo	Merluza ala vasca
2 (blanda)	Pescado al horno	Pollo en su jugo	Gambetas en su jugo	Pescado en papillote	Contaminados de pollo al horno	Roti de pavo	Merluza al horno
Guarnición	Picada de tomate	Ensalada	Arroz Pilaf	Ensalada	Juicias verdes refregadas	Espinacas verdes salteadas	Ensalada
	Arroz hervido	Zanahoria cocida	Arroz Pilaf	Patata cocida	Juicias verdes refregadas	Arroz hervido	Crisis coccia con zanahoria
Postre	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta	Cuajada/yogur	Fruta	Fruta
Plato	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena
1	Ensalada de puerros con verduras multicolor	Vitayasoite	Sopa de cocido con crujiente de queso	Hervido de la huerta	Puffing de verduras	Brocol rampado con frutos secos	Puerros, zanahoria y calabacin al horno y calabacin al horno
1 (blanda)	Juicias verdes refregadas con pavo	Crema de guisantes	Crema de calabacin	Hervido de la huerta	Crema de calabaza	Crema de brocol	Puerros, zanahoria y calabacin al horno
2	Revuelto de espinacas y ajitos	Racato a la gallega	Pavo al curry	Huevos ala romana	Fruta a la huertana	Tortilla de guisantes	Pollo asado en su jugo
2 (blanda)	Tortilla francesa	Racato al horno	Pavo al horno	Tortilla francesa	Pescado al horno	Tortilla francesa	Pollo asado en su jugo
Guarnición	Queso fresco con membrillo	Guisantes encebollado	Qusinos salteado con verduras	Queso fresco y membrillo	Patata asada		Patata panadera
	Queso fresco con membrillo	Patata asada	Qusinos con calabaza	Queso fresco y membrillo	Patata asada		Patata asada
Postre	Yogur	Galletas light sabores	Yogur/Yogur desnatado	Yogur	Yogur	Yogur/Yogur desnatado	Cuajada/yogur

SEMANA 2	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Plato	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1	Andraps de conajo	Cocido Andalu	Pasta bolonhesa	Cajalinas de mar	Olla galana	Menestra de verduras	Pilusa marina
1 (blanda)	Crema de calabacin	Sopa de cocido	Pasta con calabacin, zanahoria y pavo	Crema de verduras	Crema de zanahoria y queso fresco	Juicias verdes salteadas con pavo	Calabaza asada con romero
2	Bolomillo al vino blanco	Merluza a la marinera	Pollo en papillote	Carrillón al vino seco	Jalón en salsa de almendra	Fricandó	Pollo en salsa de champiñones
2 (blanda)	Guiso de cerdo (blanda)	Merluza al horno	Pollo al horno	Guiso de pescado blanco	Merluza en papillote	Arroz de ternera	Pollo al horno
Guarnición	Ensalada	Ensalada	Pisto blanco	Crisis Cous con verduras	Verduras blandas asadas	Arroz Pilaf	Champiñones en salsa
		Zanahoria cocida	Pisto blanco	Crisis Cous con zanahoria	Verduras blandas asadas		Patata cocida
Postre	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta	Yogur/cuajada	Fruta	Fruta
Plato	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena
1	Sopa minestrone con maravilla	Ensalada de julias multicolor	Arroz tres delicias	Guisantes a la francesa	Qusinos salteado con verduras	Crema de espinacas con crujiente de patatin	Sopa de picadillo
1 (blanda)	Qusinos salteados con maravilla	Crema de julias verdes	Arroz tres delicias	Pure de patata	Sopa de fideos	Crema de patata	Sopa de picadillo
2	Racato al horno con salsa de manzana	Tortilla de patata	Medallones de pavo con salsa de manzana	Añón con plato	Revuelto de setas, champiñones y gambas	Puffing de merluza y gambas	Gallo sobre crema de zanahoria a la naranja
2 (blanda)	Racato al horno	Tortilla de patata	Medallones de pavo al horno	Pescado al horno	Tortilla francesa	Puffing de merluza y anguistinos	Gallo al horno
Guarnición	Habas salteadas	Queso fresco con membrillo	Brócol con ajitos	Cama de boniato	Queso fresco con membrillo		Alicorno refregado con pavo
	Calabaza asada	Queso fresco con membrillo	Manzana asada	Cama de boniato	Queso fresco con membrillo		Zanahoria cocida
Postre	Yogur	Galletas light sabores	Yogur/Yogur desnatado	Cuajada/yogur	Fruta	Yogur	Yogur

Menú de la temporada otoño-invierno Hospital Mediterráneo 2023-2024

CONCLUSIONES

1. El nutricionista es el principal divulgador de la dieta mediterránea.
2. Tenemos un problema enorme de salud pública por eso lo que queremos conseguir es que el paciente salga del hospital con una intervención nutricional completa.
3. Esto no es un gasto sino una inversión para el sistema público de salud.
4. La población es consciente de la relación entre dieta mediterránea y salud: ahora nos queda crear todos los procesos hospitalarios para involucrar a todos los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Proceso de alimentación hospitalaria .Hospital feeding process .Tomás Martín Folgueras, Cristina Velasco Gimeno, Soledad Salcedo Crespo, Hego Seguro Gurrutxaga, Néstor Benítez Brito, María D. Ballesteros Pomar, Julia Álvarez Hernández y Alfonso Vidal Casariego .Grupo de Trabajo de Gestión de SENPE
2. Libro blanco de La nutrición en España .Fundación Española de la Nutrición (FEN), 2013
3. Dietista – Nutricionista: La historia de una profesión. CGCODN (Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas) Nancy Babio, Paula Crespo, Diana Martínez, Francisco Ojuelos, Marta Planas
4. Alimentación del paciente. Procedimiento de Control de la Alimentación Revisión: 3.0. Comité de Calidad y Medio Ambiente Grupo Hospitalario HLA

SALUD. LOS EXCLUSIVOS VALRES SALUDABLES DE LOS ACEITES DE OLIVA VIRGENES.



Prof. Fernando
López Segura



La investigación sobre los efectos saludables del aceite de oliva comenzó hace 60 años, con el primer trabajo de Ancel Keys y Grande Covián, el Estudio de los siete países, donde se demostró que las poblaciones que consumen grasas insaturadas, sobre todo aceite de oliva-ácido oleico-, tienen menos incidencia de infartos de miocardio y menos índice de colesterol en su sangre.

Desde entonces, las investigaciones sobre este tema se han multiplicado exponencialmente, y hoy en día existe más de 20.000 trabajos publicados en el mundo. Hasta hace 30 años se pensaba que era su grasa, el ácido oleico, el mayor responsable de estos beneficios, pero los sucesivos, estudios fueron aportando pruebas concluyentes de que los componentes minoritarios del aceite de oliva virgen, con los bisfenoles a la cabeza, eran cada vez más protagonistas de estos efectos.

En estos últimos 30 años se han publicado múltiples trabajos que demuestran que el aceite de oliva virgen tiene un efecto beneficioso sobre todos los factores de riesgo cardiovascular y, además, posee un gran efecto protector directo sobre nuestras arterias, lo que llamamos protección endotelial, por múltiples mecanismos: efecto antioxidante, efecto hipotensor, efecto antiagregante, plaquetario y anticoagulante... Además, previene o mejora la diabetes, eleva el colesterol protector HDL, protege el interior de nuestras arterias (el endotelio) e incluso puede tener un efecto

antitumoral. Y es que realmente no se ha explorado ningún campo de la salud donde el aceite de oliva virgen haya demostrado el más mínimo efecto perjudicial.

ESTUDIOS PREDIMED Y CORDIOPREV

Pero faltaba dar el último paso, el paso definitivo, demostrar la evidencia clínica: el consumo de aceite de oliva virgen reduce el riesgo de sufrir un accidente vascular, infarto de miocardio o accidente vascular, infarto de miocardio o accidente vascular cerebral. Eso es lo que hemos conseguido en los últimos 10 años con la publicación de los dos grandes ensayos clínicos sobre Dieta Mediterránea y aceite de oliva virgen, y enfermedad cardiovascular: los estudios Predimed y CordioPrev.

El estudio Predimed, dirigido por el doctor Ramón Estruch y publicado en la revista New England en 2013, estudia la denominado prevención primaria, pacientes con factores de riesgo vascular (diabetes, HTA, hipercolesterolemia, obesidad) que todavía no han sufrido un accidente vascular que hoy utilizamos en estos pacientes: AAS, estatinas, betabloqueantes.

Hoy podemos afirmar de manera rotunda que el aceite de oliva virgen es la mejor grasa que puede consumir el ser humano, mejora todos los factores de riesgo cardiovascular y posee un potente efecto antioxidante y protector del endotelio de nuestras arterias. Pero también tenemos la certeza de que la magia del aceite de oliva se debe mayoritariamente a sus componentes minoritarios: polifenoles, VIT. Escualeno, etc.

Por lo tanto, el gran reto para el futuro del sector olivarero, en el que debe centrar todos sus esfuerzos, es producir cada vez más aceite virgen, y especialmente virgen extra, ya que los otros aceites refinados sólo poseen los beneficios que aporta el ácido oleico, que son menores. El concepto de calidad en los aceites de oliva, desde el punto de vista de la salud, radica en la producción de aceite virgen. La ciencia es imparable y no vamos a engañar a nadie, los consumidores están cada día más informados de estos conceptos.

El seguimiento durante cinco años de más de 7.500 pacientes demostró que la Dieta Mediterránea con aceite de oliva virgen reducía en un 30% el riesgo de sufrir un infarto o morir frente a los que consumían una dieta baja en grasas y rica en hidratos de carbono complejos, que era la que hasta ese momento aconsejaba el panel de expertos americano y los países anglosajones.

Hace un año, en mayo de 2022, nuestro grupo del Hospital Reina Sofia de Córdoba y el IMIBIC (Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba) demostró definitivamente el efecto protector del aceite de oliva en pacientes que ya habían tenido un infarto –lo que llamamos prevención secundaria-; hablamos del estudio CordioPrev, publicado en la revista de referencia científica Lancet.

Tras seguir durante 7 años a 1.002 pacientes que habían sufrido un infarto en el último año, quienes adoptaron una Dieta Mediterránea con aceite de oliva virgen sufrían un nuevo infarto o morían un 27% menos y, si considerábamos sólo a los hombres –el grupo más numeroso-, la reducción alcanzaba el 33% frente a los que consumían una dieta baja en grasas, la recomendada hasta ese momento.

Estas cifras de protección llegaban a ser superiores a las obtenidas con los fármacos.