

Beneficios de la dieta mediterránea

Lic. Mercedes Delbono

Licenciada en Nutrición
Especialista en Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya para el Estudio de la Obesidad
Montevideo, Uruguay



Ensure[®] ADVANCE



ENSURE[®] ADVANCE
ESTÁ ESPECÍFICAMENTE
FORMULADO PARA MANTENER
LA FUERZA, LA VITALIDAD
Y LA ENERGÍA.

Contiene:

Proteínas y HMB

para la salud muscular,
para sentirse fuerte.

28 vitaminas y minerales,

incluyendo Calcio, y Vitamina D que intervienen
a nivel óseo.

Suplemento dietario en polvo para preparar bebida a base de carbohidratos, proteínas, lípidos, fibra, vitaminas y minerales. Suplemento dietario a base de carbohidratos, proteínas, lípidos, fibra, vitaminas y minerales. Libre de gluten. Sin T.A.C.C. Suplementa dietas insuficientes. Ante cualquier duda consulte a su médico o farmacéutico. www.ensure.abbott/ar



index s.a.c.i.

Resumen. La dieta mediterránea ha sido ampliamente estudiada debido a sus múltiples beneficios en la prevención y tratamiento de patologías como diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, síndrome metabólico y enfermedades neurodegenerativas, entre otras.

En la dieta mediterránea, varios nutrientes y alimentos interactúan y mejoran recíprocamente sus efectos positivos, de tal manera que ningún principio alimentario, puede separarse del contexto de todo el patrón de la dieta, o usarse como una explicación aislada de los beneficios que aporta en su totalidad.

Abstract. The Mediterranean diet has been widely studied due to its multiple benefits in the prevention and treatment of pathologies such as diabetes, cardiovascular disease, cancer, metabolic syndrome and neurodegenerative diseases, among others.

In the Mediterranean diet, various nutrients and food interact and improve their positive effects, so that no food principle can be separated from the context of the whole pattern of the diet, or used as an isolated explanation of the benefits that it brings whole

Palabras clave: dieta mediterránea, enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, cáncer, síndrome metabólico.

Key words: Mediterranean diet, cardiovascular disease, diabetes, obesity, cancer, metabolic syndrome.

Introducción

La dieta mediterránea (*DMed*) es considerada uno de los patrones alimentarios con mayor evidencia científica en cuanto a sus beneficios en la salud humana, siendo cada vez mayor el interés científico del estudio de su rol preventivo y como tratamiento en diversas patologías asociadas a la inflamación crónica, como: síndrome metabólico (*SM*), diabetes mellitus (*DM*), enfermedad cardiovascular (*ECV*), enfermedades neurodegenerativas y cáncer⁽¹⁾.

En el embarazo, una mayor adherencia a esta dieta se ha asociado con un menor riesgo de defectos del tubo neural, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal. Parece influir en la susceptibilidad del feto a aumentar de peso más adelante en la vida, se ha vinculado

a la descendencia con un menor riesgo cardiometa-bólico, y a una menor circunferencia de cintura en la edad preescolar⁽²⁾.

Múltiples estudios clínicos a gran escala, comenzando con el Estudio de los Siete Países de Ancel Keys, mostraron una marcada reducción de los eventos clínicos ateroscleróticos en poblaciones con este patrón dietético. Ancel Keys, fue el primero en observar la relación entre la baja incidencia de ECV en algunos países mediterráneos, fue quien acuñó el término "Dieta Mediterránea".

Definición

La *DMed* se define como el patrón dietético tradicional encontrado a principios de la década de 1960 en Grecia, el sur de Italia, España y otros países cultivadores de olivos, de la cuenca mediterránea⁽³⁾.

E-mail: delbonomercedes@gmail.com

Los hábitos alimenticios tradicionales de esos países, aunque se diferencian por la cultura, algunos alimentos y prácticas de cocina específicos, comparten un conjunto común de características básicas⁽⁴⁾.

Características de la dieta mediterránea

La dieta mediterránea se caracteriza por:

- un alto consumo de alimentos de origen vegetal: frutas, verduras, nueces⁽⁵⁾, legumbres, cereales sin procesar⁽⁶⁾, aceite de oliva⁽⁵⁾, granos enteros⁽²⁾, y semillas⁽³⁾,
- una moderada ingesta de pescado, aves de corral⁽⁵⁾, mariscos, huevos y productos lácteos (especialmente yogur y queso, pero no leche entera, mantequilla o crema de leche),
- un bajo consumo de postres dulces, carnes rojas y procesadas⁽³⁾,
- una ingesta moderada de vino, normalmente consumido con las comidas⁽⁵⁾, generalmente vino tinto⁽³⁾.

La ingesta total de lípidos es elevada (alrededor del 40% de la ingesta total de energía, como en Grecia), o moderada (alrededor del 30% de la ingesta total de energía, como en Italia), pero, en todos los casos, la proporción del contenido de ácidos grasos monoinsaturados es elevada, debido al uso liberal del aceite de oliva⁽⁶⁾.

Factores sociales y culturales estrechamente asociados con la DMed tradicional, incluyen: prácticas alimentarias compartidas⁽⁵⁾, una determinada frecuencia de consumo de alimentos, y actividad física⁽⁷⁾.

En 2009 y 2010, mediante un consenso científico internacional, se realizó una revisión de la pirámide de la DMed, se concibió como un marco principal simplificado para adaptarse a las variaciones específicas de los diferentes países relacionadas con los diversos contextos geográficos, socioeconómicos y culturales del estilo de vida mediterráneo contemporáneo. Se resaltaron las comidas principales diarias, el concepto de frugalidad y moderación fue más enfatizado debido al gran desafío de salud pública que plantea la obesidad. En esta pirámide, por primera vez: la nutrición, los productos ecológicos, la biodiversidad, las frutas y las verduras con una variedad de colores, la producción local de alimentos y la convivencia, se unieron con el concepto de sostenibilidad⁽⁸⁾.

A finales de 2010, la DMed se inscribió en la Lista Representativa de la UNESCO del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad⁽⁸⁾.

En el año 2012, FAO definió a la DMed como un modelo de sostenibilidad para el planeta⁽⁹⁾.

Este patrón dietético es: bajo en grasas saturadas y proteínas de animales terrestres, especialmente de carnes rojas, rico en antioxidantes (presentes en frutas, verduras, vino, aceite de oliva extra virgen, especias y hierbas), y fibras (verduras, frutas, cereales integrales, legumbres y frutos secos)⁽⁷⁾, rica en grasas monoinsaturadas (principalmente aceite de oliva), con una proporción equilibrada de ácidos grasos esenciales n-6 / n-3⁽²⁾, por inclusión de pescados, mariscos y frutos secos. Aporta una elevada cantidad de antioxidantes de origen vegetal, entre ellos: vitamina C y E, β-caroteno, glutatión, licopeno y polifenoles (fenoles ácidos y flavonoides), que contribuyen a reducir el daño oxidativo a nivel celular y sistémico y por ende, a disminuir la incidencia de enfermedades crónicas⁽⁷⁾.

Beneficios aportados por la dieta mediterránea

Enfermedad cardiovascular

En la cohorte griega del estudio **EPIC** (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study), un aumento de 2 puntos en el índice de adherencia a la DMed, se asoció a una reducción del 33% de la mortalidad por ECV.

La subcohorte española del estudio EPIC, observó que los individuos con mayor adherencia a esta dieta tenían menor incidencia de eventos coronarios, comparado con los que tenían baja adherencia⁽¹⁰⁾.

El estudio **PREDIMED** (Prevención con Dieta Mediterránea), de prevención primaria investigó los efectos de la DMed, a largo plazo en la incidencia de ECV. Se aleatorizó a 7.447 personas de alto riesgo de ECV en tres dietas mediterráneas: una suplementada con aceite de oliva extra virgen, otra con nueces, y una dieta control baja en grasas. No se restringieron calorías, ni hubo una intervención especial sobre la actividad física⁽¹¹⁾.

La DMed que contenía nueces redujo la mortalidad, el riesgo de ECV, el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular en un 30%; la que contenía aceite de oliva disminuyó la ECV en un 30%; y el riesgo de accidente cerebrovascular en un 49%, en comparación con el grupo

de referencia bajo en grasas. PREDIMED y otros estudios respaldan los beneficios de esta dieta en la prevención primaria de ECV, siendo los beneficios sobre la salud cardiovascular transferibles a poblaciones no mediterráneas⁽⁶⁾.

Los grupos intervenidos que evidenciaron una mayor ingesta de polifenoles totales presentaron una reducción de 46% en el riesgo de ECV, al compararse con el quintil de menor ingesta⁽⁷⁾.

Los polifenoles están presentes en los: cereales integrales, verduras y frutas frescas, aceite de oliva, nueces y vino tinto. Según su estructura química, existen dos categorías de polifenoles: los flavonoides y los no flavonoides⁽¹²⁾.

El aceite de oliva aporta ácidos grasos predominantemente monoinsaturados como el ácido oleico, pero también ácidos grasos poliinsaturados, representa la principal fuente de grasa de la dieta, determinando que la cantidad total de grasa saturada sea baja, de un 8%. El alto contenido en polifenoles y fitoquímicos del aceite de oliva, ejerce acciones antioxidantes sostenidas y reduce la oxidación de los ácidos grasos insaturados. Además, el potencial antioxidante total de la DMed se completa con los fitoquímicos que se encuentran en los granos integrales y

las vitaminas antioxidantes. Además del aceite de oliva, el equilibrio saludable de los ácidos grasos, se completa con los ácidos grasos poliinsaturados aportados por el consumo de nueces, semillas y granos enteros y por la ingesta alta o moderada de pescado⁽⁴⁾.

En el estudio PREDIMED se determinaron mejoras significativas de:

- la presión arterial,
- la sensibilidad a la insulina,
- los perfiles de lípidos y lipoproteínas,
- la inflamación,
- el estrés oxidativo y
- la aterosclerosis carotídea⁽³⁾.

Con este patrón dietético, se ha visto una mejor relación entre colesterol-HDL (*c-HDL*) y colesterol total, un aumento en el tamaño de las partículas de HDL y un desplazamiento de las subfracciones de colesterol LDL (*c-LDL*) hacia un perfil menos aterogénico con menores niveles de LDL oxidadas⁽⁷⁾.

Además, la DMed puede contribuir a reducir el colesterol plasmático mediante el alto aporte de **fibras solubles**⁽¹²⁾. **Los fitoesteroles** que se encuentran en nueces, granos integrales, semillas, vegetales y frutas también contri-

WHEY PROTEIN ISOLATED

15g de PROTEÍNAS por porción

YOGUR DESCREMADO CON AGREGADO DE WHEY PROTEIN

CERO LACTOSA, AZÚCAR AGREGADA Y GRASAS

Lacteos TREBOL

Seguinos en: f i y t

buyen al control de la absorción intestinal de colesterol⁽⁴⁾.

En la prevención secundaria el **Lyon Heart Study**, también mostró una gran reducción en las tasas de eventos de enfermedad coronaria con una DMed modificada enriquecida con ácido alfa-linolénico (*un componente clave de las nueces*)⁽¹¹⁾.

Diabetes

El seguimiento de la cohorte **SUN** (*Seguimiento Universidad de Navarra*), estableció una relación inversa entre el consumo de una DMed e incidencia de diabetes, con una disminución del riesgo de 35% por cada dos puntos de aumento, en la adherencia a esta dieta.

Por otra parte, en un grupo de pacientes diabéticos que reportaron un mayor índice de adherencia a esta dieta, la mortalidad por cualquier causa fue menor en un 37%. Los alimentos que más se asociaron a este efecto protector fueron la ingesta moderada de alcohol, el elevado consumo de cereales y verduras, y la baja ingesta de lácteos y carnes⁽¹⁰⁾.

Los pacientes diabéticos con las puntuaciones más altas de adherencia a la DMed, en comparación con los diabéticos con puntuaciones bajas de adherencia (0-3) tuvieron menores valores de:

- índice de masa corporal (*IMC*),
- circunferencia de la cintura,
- prevalencia de SM y
- niveles de HbA (1c) y de glucosa post prandial⁽¹³⁾.

Obesidad

Componentes claves de esta dieta también son beneficiosos en la **pérdida de peso en pacientes obesos** y para **prevenir el aumento de peso a largo plazo en poblaciones no obesas**⁽⁶⁾.

En un estudio longitudinal de individuos obesos se obtuvieron importantes reducciones de peso, triglicéridos y colesterol total en sujetos asignados al azar a una DMed restringida en calorías. Durante un seguimiento adicional de 4 años, *la pérdida de peso total fue significativamente más importante que la obtenida por una dieta baja en grasas y calorías, o por una dieta baja en carbohidratos, lo que sugiere que estos beneficios metabólicos podrían originarse de una mejor adherencia a largo plazo*⁽⁴⁾.

La DMed *"hipocalórica"* es el modelo que respalda SEEDO (*Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad*), por representar mejor

el enfoque equilibrado y saludable, con baja ingesta de ácidos grasos saturados, trans y azúcares añadidos, y un alto consumo de fibra vegetal y ácidos grasos monoinsaturados. Sus beneficios sobre la salud, incluida la mortalidad, están claramente establecidos⁽¹⁴⁾.

Síndrome metabólico

Hay mucha evidencia que sugiere que la DMed, podría ayudar a combatir enfermedades relacionadas con la inflamación crónica, incluido el SM⁽¹⁵⁾.

Un metaanálisis, concluyó que la adherencia a la DMed se asoció a 31% menos de riesgo de SM, con un beneficio sobre todos sus componentes (*hiperglicemia, obesidad abdominal, hipertensión arterial y dislipidemia aterogénica*)⁽¹⁰⁾. Sus efectos beneficiosos están relacionados con el alto contenido de compuestos bioactivos, ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, y polifenoles.

Los polifenoles tienen propiedades antioxidantes y antiinflamatorias y sus efectos beneficiosos en la aparición y progresión del SM están mediados por la reducción del peso corporal y la presión arterial, la mejora en la sensibilidad a la insulina y el metabolismo de los lípidos.

Entre todos los polifenoles, los **flavonoides** son los más abundantes en la DMed y sus reconocidas propiedades antioxidantes y antiinflamatorias son de interés por el papel potencial en la prevención de la DM2.

La resistencia a la insulina está estrechamente relacionada con la obesidad abdominal, que es uno de los principales factores responsables del inicio y de la progresión del SM. No obstante, no todos los estudios demostraron resultados concordantes⁽¹⁶⁾.

Cáncer

En la cohorte EPIC se observó que la adherencia a esta dieta se correlacionaba con una reducción del 24% en la mortalidad por cáncer. Asimismo, la subcohorte griega de este mismo estudio demostró una relación inversa entre adherencia a la DMed e incidencia general de cáncer (*excluyendo cáncer cutáneo no melanocítico*).

El menor riesgo general de cáncer en los países mediterráneos se debe principalmente a una menor incidencia de cáncer de colon, endometrio, mama y próstata. Este patrón dietético ejercería un efecto beneficioso contra

el desarrollo de diversos tipos de cánceres, constituyendo el aceite de oliva un factor independiente de protección contra varios tipos de cáncer, especialmente del aparato respiratorio⁽¹⁰⁾.

El **Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer y el Instituto Estadounidense de Investigación sobre el Cáncer**, sostienen que la evidencia científica sobre el cáncer justifica la recomendación de no consumir bebidas alcohólicas. Con base exclusivamente en esta evidencia, recomiendan evitar incluso el consumo de pequeñas cantidades de alcohol. Los datos no sugieren ninguna diferencia significativa relacionada con el tipo de bebida. La recomendación abarca todas las formas de alcohol, ya se trate de cervezas, vinos, bebidas destiladas, u otras, siendo el factor decisivo la cantidad de etanol consumida⁽¹⁷⁾.

Enfermedades neurodegenerativas

La DMed disminuyó la incidencia de enfermedades como Alzheimer y Parkinson, y tiene un rol beneficioso frente al deterioro cognitivo leve asociado al envejecimiento.

Se postula que el efecto antiinflamatorio y antioxidante proveniente de la combinación de alimentos recomendados por esta dieta, sería al menos en parte, el responsable de los beneficios observados en patologías neurodegenerativas⁽¹⁰⁾.

Conclusiones

La DMed, baja en grasas saturadas y proteínas animales, alta en antioxidantes, fibra y ácidos grasos monoinsaturados, con un adecuado equilibrio de grasas omega-3/omega-6, representa un patrón dietético saludable, que ha demostrado que disminuye la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico y la diabetes mellitus⁽¹²⁾.

En la dieta mediterránea varios nutrientes y alimentos presentan múltiples interacciones, mejoran recíprocamente sus efectos positivos, de tal manera que ningún principio alimentario, puede separarse del contexto de todo el patrón de la dieta, o usarse como una explicación aislada de los beneficios que aporta en su totalidad. Es un ejemplo de **"sinergia alimentaria"**⁽⁴⁾.

Aprobado para publicar: 22/10/19

Bibliografía

1. Sofi F, Macchi C, Abbate R, et al. Mediterranean diet and health. *Biofactors* 2013; 39 (4): 335-42.
2. D'Innocenzo S, Biagi C, Lanari M. Obesity and the Mediterranean Diet: A Review of Evidence of the Role and Sustainability of the Mediterranean Diet. *Nutrients*. 2019;11(6):1306. Published 2019 Jun 9. doi:10.3390/nu11061306
3. Martínez-González M, Salas-Salvadó J, Estruch R, et al. Benefits of the Mediterranean Diet: Insights From the PREDIMED Study. *Prog Cardiovasc Dis* 2015 Jul-Aug; 58(1):50-60
4. Lăcătușu CM, Grigorescu ED, Floria M, et al. The Mediterranean Diet: From an Environment-Driven Food Culture to an Emerging Medical Prescription. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16 (6): 942. doi: 10.3390 / ijerph16060942
5. Renzella J, Townsend N, Jewell J, et al. What national and subnational interventions and policies based on Mediterranean and Nordic diets are recommended or implemented in the WHO European Region, and is there evidence of effectiveness in reducing noncommunicable diseases? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 58).
6. Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong T, et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Medicine* 2014, 12:112. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/112>
7. Urquiaga I, Echeverría G, Dussallant C, et al. (2017). Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. *Revista médica de Chile*, 145 (1), 85-95. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100012>
8. Dernini S, Berry EM. Mediterranean diet: from a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Front Nutr*. 07 May 2015 | <https://doi.org/10.3389/fnut.2015.00015>
9. 2nd International Symposium "NEW METROPOLITAN PERSPECTIVES" - Strategic planning, spatial planning, economic programs and decision support tools, through the implementation of Horizon/Europe2020. ISTH2020, Reggio Calabria (Italy), 18-20 May 2016
10. Dussallant C, Echeverría G, Urquiaga I, et al. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. Current evidence on health benefits of the mediterranean diet. *Rev. Méd. Chile* 2016;144: 1044-1052. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000800012>
11. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013;368:1279-129
12. Anania C, Perla FM, Olivero F, et al. Mediterranean diet and nonalcoholic fatty liver disease. *World J Gastroenterol*. 2018; 24 (19): 2083-2094. doi: 10.3748 / wjg.v24.i19.2083.
13. Esposito K, Maiorino M, Palo C, et al. Adherence to a Mediterranean diet and glycaemic control in Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*. Septiembre de 2009; 26 (9): 900-7. doi: 10.1111 / j.1464-5491.2009.02798.x.
14. Lecube A, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinol Nutr*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>.
15. Mamalaki E, Anastasiou C, Kosmidis M, et al. Social life characteristics in relation to adherence to the Mediterranean diet in older adults: Findings from the Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet (HELIAID) study. *Public Health Nutrition*, 1-7. doi:10.1017/S1368980019002350
16. Russo, Picconi F, Malandrucchio I. Flavonoids and Insulin-Resistance: From Molecular Evidences to Clinical Trials. *Int J Mol Sci*. 2019 May; 20(9): 2061.
17. Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer/ Instituto Estadounidense de Investigación sobre el Cáncer. Alimentos, nutrición, actividad física, y la prevención del cáncer: una perspectiva mundial. Washington, D.C.: AICR, 2007.