

## EDITORIAL



### **Reflexiones en torno a la alimentación y la prevención de las enfermedades cardiovasculares**

La determinación de los factores de riesgo alimentarios en relación con la aparición de enfermedades cardiovasculares (ECV), se constituye en un aspecto fundamental para definir los objetivos de las actividades de prevención y de intervención.

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2005, brinda información sobre aspectos como el estado nutricional y el consumo de alimentos en nuestro país, que se constituyen en factores de riesgo para la aparición de las ECV; entre ellos se mencionan: 46% de la población de 18 a 64 años, presentó malnutrición por exceso (sobrepeso o preobesidad/obesidad), se destaca un alto porcentaje con obesidad abdominal; 25% de la población ingería más grasa saturada de la recomendada y sólo el 20% cubría la cantidad recomendada de ácidos grasos monoinsaturados; el 45% de las personas consumieron más del 65% de las Calorías en forma de carbohidratos; se evidenciaron deficiencias en el consumo de frutas y verduras; sólo el 9,9% de la población consumía pescado; además, se encontró un alto consumo de gaseosas e ingesta de bebidas alcohólicas desde tempranas edades (1). Es necesario comparar esta información, con los datos que brinde la nueva encuesta 2010, la cual será publicada próximamente.

Respecto a la prevención secundaria de las ECV, especialmente de tipo coronario, diferentes estudios como el Lyon Diet Heart Study, han demostrado que una dieta mediterránea rica en frutas, verduras, pescado, ácido oleico y ácido  $\alpha$ -linolénico y baja en carnes, fue útil en prevenir la recurrencia de eventos cardiovasculares. El aceite de oliva, ha mostrado efectos benéficos para disminuir el riesgo cardiovascular, debido a que mejora el perfil lipídico, la presión arterial, el metabolismo de la glucosa y el perfil antitrombótico (2,3).

En la actualidad, se recomienda el incremento en el consumo de alimentos fuentes de ácidos grasos omega 3, cuyas fuentes principales son los pescados que tienen un contenido importante de ácido eicosapentaenóico (EPA) y docosahexaenóico (DHA) tales como el salmón, la trucha, la sardina, y el atún y los aceites vegetales ricos en ácido linolénico como el aceite de canola. En Colombia, las variedades de pescados que tienen el mayor contenido de omega 3 son: bonito, atún, jurel, sierra, pargo y róbalo (4). El principal efecto de estos ácidos grasos consiste en la reducción de los triglicéridos y del colesterol VLDL (5); con relación a la función cardíaca, se ha encontrado que mejoran la hemodinamia y previenen la incidencia de infarto agudo del miocardio (6,7).

Entre los estudios que evidencian los beneficios del consumo de pescado con relación a la reducción de la mortalidad por enfermedad coronaria se destacan: Zutphen Study, Lyon Diet Heart Study, European Action on Secondary Prevention Through Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE), Physician's Health Study, Seven Countries Study, Multiple Risk Factor Intervention Trial, Diet and Reinfarction Trial (DART), INTERLIPID Study, Cardiovascular Health Study, y el GISSI Prevention Study, entre otros. Por lo tanto, la recomendación práctica es incrementar su consumo (una a dos veces por semana), lo cual es avalado por el National Cholesterol Education Program, la Sociedad Europea de Cardiología y por la Asociación Americana de Diabetes, entre otras organizaciones.

En este sentido, las guías del Colegio Americano de Cardiología y de la Asociación Americana del Corazón, otorgan una recomendación IIB con un nivel de evidencia B para el consumo de pescados fuentes de omega 3 (8).

Sin embargo, resulta preocupante la propaganda indiscriminada a favor del consumo de cápsulas de omega 3, la cual en muchas ocasiones distorsiona sus bondades, atribuyéndoles a estos ácidos grasos, propiedades sobre la salud que carecen de evidencia científica, esto sin considerar el riesgo de toxicidad y sin tener en cuenta los efectos secundarios de dosis altas, especialmente los relacionados con efectos sobre los tiempos de coagulación.

Con respecto a la prevención de las ECV, la Organización Mundial de la Salud estableció en el año 2007, las siguientes recomendaciones nutricionales generales: disminuir el peso si es necesario, por medio de una dieta hipocalórica, siguiendo lineamientos de la consejería dietética; reducir la ingesta de grasa total y de grasa saturada (30% y menos del 10% del total de calorías, respectivamente); reducir al máximo o suprimir la ingesta de ácidos grasos trans; ingesta del 10% para los ácidos grasos poliinsaturados (omega 3 y omega 6) y entre el 10 y el 15% para ácidos grasos monoinsaturados; reducir la ingesta de sodio a menos de 5 g o 90 mmol/día e incrementar el consumo de verduras y frutas variadas, al menos 400 g/día (9). En pacientes con dislipidemia y con cardiopatía isquémica o con riesgo de presentar eventos cardiovasculares ateroscleróticos, se recomienda un aporte de menos del 7% de grasa saturada y de menos de 200 mg/día de colesterol, con el fin de efectuar prevención secundaria (10).

En realidad, no existe un único patrón de dieta para prevenir las ECV, sin embargo, algunos autores establecen pautas generales con base en la evidencia disponible relacionada con los beneficios de la dieta mediterránea, la dieta DAHS (Dietary Approaches to Stop of Hypertension), patrones OmniHeart, y los de Asia oriental, las cuales promueven el consumo de frutas, verduras, granos enteros, nueces, semillas, productos lácteos bajos en grasa o descremados, pescados ricos en omega 3, aves magras, claras de huevo, y aceites de semilla con moderación; recomiendan la disminución en el consumo de carnes rojas y procesadas, helados, quesos grasos, galletas, productos de panadería y pastelería, dulces y bebidas azucaradas, sal y productos comerciales con adición de sodio; por último, se insiste en la necesidad de controlar el tamaño de las porciones y el contenido calórico (11).

En consideración a lo anterior, es necesario generar acciones para reducir la aparición de las ECV; por tal motivo, resulta fundamental el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud, quienes deben actuar desde la perspectiva de sus competencias profesionales. Se requiere además, de una política pública fuerte a nivel nacional y distrital que permita generar estrategias educativas dirigidas a la población general, en aspectos como la adquisición y consumo de alimentos saludables, aun cuando los recursos económicos sean insuficientes.

**María del Pilar Barrera Perdomo. ND**

*Magíster en Nutrición Clínica  
Profesora Asociada  
Departamento de Nutrición Humana  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá*

*Correspondencia: mdbarrerap@unal.edu.co*

**Referencias**

1. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN. Bogotá. 2006. 445 p.
2. **Covas MI.** Olive oil and the cardiovascular system. *Pharmacol Res.* 2007; 55:175-186.
3. **Huang CL, Bauer ES.** Olive oil, the mediterranean diet, and cardiovascular health. *Am Coll Surg.* 2008; 407-416.
4. **Molina DI.** Evidencia clínica de los ácidos grasos omega-3 procedentes de los peces en prevención primaria y secundaria. *Acta Med Colomb.* 2008; 33(Suppl 2): S241-S243.
5. **Mora G, Barrera MP.** Dieta y enfermedad coronaria. *Rev Fac Med.* 2005; 53: 98-116.
6. **Mozaffarian D, Gottdiener JS, Siscovick DS.** Intake of tuna or other broiled or baked fish versus fried fish and cardiac structure, function, and hemodynamics. *Am J Cardiol.* 2006; 97: 216-222.
7. **Nigam A, Frasure-Smith N, Lespérance F, Julien P.** Relationship between n-3 and n-6 plasma fatty acid levels and insulin resistance in coronary patients with and without metabolic syndrome. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases.* 2009; 19: 264-270.
8. **Smith SC Jr, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al.** AHA/ACC Guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other Atherosclerotic vascular disease: 2006 Update: Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation.* 2006;113: 2363-2372.
9. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva.2007.86 p.
10. **Lewis S.** Prevention and treatment of atherosclerosis: A practitioner's guide for 2008. *Am J Med.* 2009; 122, S38-S50.
11. **Stamler J.** Diet-heart: a problematic revisit. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91: 497-499.



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

---

FACULTAD DE MEDICINA