



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

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

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

### Resumen

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

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

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

los jóvenes ( $p < 0,05$ , todos). El grado de control de FRC a los 3 años de la intervención fue similar en jóvenes y ancianos. De hecho, el grupo de ancianos presentó cifras de PAD, triglicéridos y colesterol total y LDL significativamente menores que el grupo de los jóvenes ( $p < 0,05$ ).

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

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

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