

ALIMENTACIÓN CARDIOSALUDABLE



Los hábitos alimentarios son determinantes en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica por su influencia sobre el perfil lipídico y la composición de las lipoproteínas plasmáticas. El conjunto de información al respecto, sugiere que la aterosclerosis es fundamentalmente una alteración nutricional y no una consecuencia inevitable de la edad, que en gran parte puede ser prevenida y, en menor medida, su evolución se puede detener.

En este sentido, hay que señalar que la grasa es el componente de la dieta que más influye en el perfil lipídico, teniendo mayor importancia, el tipo de ácidos grasos consumidos que la cantidad total de ellos. ¿Pero los ciudadanos saben y/o tienen información veraz en relación con los diferentes tipos de grasa?

Tipos de grasa culinaria y su relación con la salud.

1. La grasa saturada aumenta el colesterol total y el colesterol LDL. Se encuentra en todas las grasas de los animales terrestres. Y en los aceites de coco y de palma.



2. La grasa *trans* se forma industrialmente para convertir los aceites líquidos en grasas sólidas o semisólidas. Aumentan la concentración de colesterol LDL (colesterol "malo") y reducen la de colesterol HDL (colesterol "bueno"), con un efecto similar al de los ácidos grasos saturados. Se encuentran en la bollería industrial y en muchos alimentos procesados.

3. La grasa monoinsaturada reduce el colesterol total a expensas del colesterol LDL, sin modificar o incluso elevando el colesterol HDL. Otra ventaja es que confieren mayor resistencia a la oxidación del c-LDL. El ácido oleico presente en el aceite de oliva es el principal representante.



4. La grasa poliinsaturada produce un efecto opuesto al de los ácidos grasos saturados. De ella existen dos series: los omega -6 y los omega-3.

4.1. Omega – 6. Disminuyen la concentración de colesterol LDL y HDL. Son muy abundantes en los aceites vegetales de semillas (girasol, soja, maíz, cacahuete, algodón) y también se encuentran en los frutos secos.

4.2. Omega – 3. Ejercen poco efecto en los niveles de colesterol LDL y colesterol HDL. Sin embargo, reducen la agregación plaquetaria, prolongan el tiempo de hemorragia, reducen la viscosidad sanguínea, tienen acción antiinflamatoria y disminuyen la presión arterial (PA) y, con ello, el riesgo de enfermedad cardiovascular. La fuente principal son los pescados grasos o azules, los crustáceos, las nueces y algunos aceites vegetales (soja y colza).



La alimentación cardiosaludable no es una dieta temporal, sino que se debe mantener durante toda la vida, por lo que los ciudadanos deben recibir educación nutricional para conseguir la aceptación de la misma. Este tipo de alimentación es válido para toda la población, hecho muy importante porque indica que la persona con dislipemia no debe llevar una alimentación especial o diferente a la del resto de su familia, sino que las recomendaciones nutricionales para ella son perfectamente aplicables a todos los miembros de la misma y, asimismo, de la población. No se ha encontrado ninguna población que ingiera una alimentación baja en grasa total, grasa saturada y colesterol LDL, que presente rangos elevados de lípidos sanguíneos y altos índices de enfermedad cardiovascular.

En general, las recomendaciones alimentarias representadas gráficamente en la pirámide de la alimentación saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) son aplicables a todas las personas sanas y son válidas también, en prevención cardiovascular



primaria y secundaria. Son las siguientes:

1. La base fundamental de la alimentación ha de ser el grupo de los alimentos vegetales con un consumo diario de 4-6 raciones de cereales, arroz, pasta, pan o patatas. Diariamente se han de tomar tres o más raciones de fruta y dos o más raciones de verduras, una de ellas cruda.
2. Semanalmente es recomendable consumir tres o más raciones de legumbres.

3. Es necesario consumir 2-4 raciones de lácteos al día, en relación con la edad y la etapa de desarrollo.
4. Asimismo, se recomienda consumir más pescado que carne y entre 3-4 huevos a la semana.
5. El consumo de carnes rojas, cereales refinados y bollería industrial ha de ser ocasional.
6. Utilizar con moderación la sal en la preparación de las comidas y en la mesa.
7. Se hace hincapié en la realización regular de actividad física y en el control del peso.
8. El consumo de alcohol debe ser muy moderado, sin olvidar que siempre es mejor no beber que hacerlo en exceso.
9. Es recomendable limitar el consumo de grasas de origen animal, favorecer el consumo de aceite de oliva virgen extra y moderar en su conjunto el consumo total de grasas.
10. Finalmente, se recomienda incorporar mayor cantidad de frutas, verduras, legumbres, pescados y frutos secos a la alimentación cotidiana.

Aspectos prácticos de la alimentación cardiosaludable

Una alimentación cardiosaludable implica incorporar pequeños cambios en los hábitos cotidianos que sean sostenibles a lo largo del tiempo. En ningún caso debe implicar una alimentación severamente restrictiva, difícil de seguir a largo plazo. Las guías dietéticas sirven sobre todo para saber escoger los alimentos y platos saludables e intentar evitar los que no lo son. La dieta recomendada actualmente como cardiosaludable no es más que una readaptación de la dieta mediterránea y, por tanto, es compatible con el consumo de numerosos platos y menús variados de la amplia gastronomía tradicional local, regional y nacional.

- La base de la alimentación son los alimentos vegetales: cereales, legumbres, frutas y verduras.
- Limitar la ingesta de colesterol. Evitar:
 - leche entera (mejor semidescremada) queso, vísceras, mantequilla, nata.
- Limitar la ingesta total de grasa, y de grasa saturada y *trans*. Excepcionalmente:
 - carne roja (vaca, cordero), charcutería, patés, quesos curados.
 - alimentos preparados comercialmente, bollería, pastelería.
- Consumir grasas insaturadas:
 - Aceite de oliva (monoinsaturada).
 - Pescados (omega - 3).
 - Con moderación: aceites de semillas (omega - 6).

Recomendaciones para cocinar de forma saludable

Otro aspecto importante para conseguir una alimentación cardiosaludable es la preparación de los alimentos. Las técnicas culinarias recomendados son:

- Las que precisan menor cantidad de grasa (hervidos, asados, plancha, parrilla, papillote, al vapor, microondas,...).
- Evitar fritos. En caso de hacerlos y para obtener una fritura más saludable, utilizar aceite de oliva, introducir el alimento cuando el aceite esté bien caliente y al final, colocar al alimento sobre una rejilla o papel absorbente, para que escurra.
- En la preparación de las carnes, se recomienda seleccionar carnes magras y quitar toda la grasa cruda visible antes de cocinarla.
- Hacer lo mismo con la piel de las aves.
- Enfriar el caldo de cocción de los guisos, cocido, puchero, etc, y retirar la grasa solidificada antes de consumirlo.
- Evitar alimentos precocinados y fritos comerciales, de los que se desconocen las grasas utilizadas en su elaboración.
- Para la preparación de las verduras y hortalizas se recomienda cocinar los vegetales al vapor, para no perder en el agua de cocción los micronutrientes hidrosolubles, como los minerales y vitaminas del grupo B, o bien aprovechar el agua para caldos y sopas.

Una particularidad de la gastronomía mediterránea tradicional, que cada vez se considera más saludable, es el empleo de una gran variedad de hierbas aromáticas en las preparaciones culinarias, como perejil, laurel, tomillo, orégano, pimentón, etc. Añadir estos condimentos a los platos permite reducir la cantidad de sal añadida en su preparación. Es recomendable utilizar con moderación sales no refinadas (sal gris, rosa, cristalizada en escamas, etc), preferentemente añadida en los platos preparados.

Referencias Bibliográficas

1. Bach-Faig A, Serra-Majem L. Dieta Mediterránea en el siglo XXI: posibilidades y oportunidades. En: Varela Moreiras G (coord). Libro Blanco de la Nutrición en España. Madrid: Fundación Española de la Nutrición; 2013. P 221-231.
2. Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J y Serra L. Consejos para una Alimentación Saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). 2006. Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf.

3. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular). Rev Esp Salud Pública 2008; 82(6). [En línea]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113557272008000600002&script=sci_arttext
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS) Madrid. 2015
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS). Madrid, 2013.
6. Norte Navarro A. I., Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2011 Abr; 26(2): 330-336. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200014&lng=es.
7. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos 916. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
8. Perk J (coord). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(10): 937.e1-e66. [En línea]. URL disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-europea-sobre-prevencion-enfermedad/articulo/90154893/>
9. Salas-Salvadó J, Bonada i Sanjaume A, Trallero Cabañas R, Saló i Solà ME, Burgos Peláez R. Nutrición y dietética clínica. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
10. Sofi, F. C. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. BMJ: British Medical Journal (337), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1344>

Carmen Martín Salinas

Diciembre, 2016