

SUMARIO

Entrevista

José Lapetra Peralta
IP del CIBERobn

Grupo de investigación

Nutrición y prevención de
enfermedades en atención
primaria

GRUPO PARA EL ESTUDIO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ANDALUCÍA Y DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (AL-ANDALUS)

PERFIL

José Lapetra, IP del CIBERobn, es médico de familia del Centro de Salud Universitario San Pablo de Sevilla. Desde 1991 es profesor asociado de Medicina de Familia en el Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla. Coordinador del Grupo de Investigación CTS-678 (Epidemiología Cardiovascular y MAPA en Atención Primaria) consolidado y catalogado por el Plan Andaluz de Investigación desde 1997 y jefe del grupo de investigación CB06/05/0087 (Grupo para el Estudio del Riesgo Cardiovascular en Andalucía y de la Dieta Mediterránea en la Prevención de Enfermedades: Grupo Al-Andalus), perteneciente al CIBERobn desde 2006.

Estudió Medicina en Sevilla e hizo la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Universitario Virgen del Rocío entre 1983 y 1985. En noviembre de 1991 leyó su tesis doctoral (Análisis de los Factores de Riesgo de la Enfermedad Cerebrovascular), obteniendo la calificación de apto cum laude. Hasta ahora ha dirigido 7 tesis doctorales.

Durante 12 años (1995-2007) fue coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar en el Área Virgen del Rocío de Sevilla. Desde 2009 hasta la actualidad ha recibido una ayuda para la intensificación de la actividad investigadora por parte del Instituto de Salud Carlos III.

En los últimos 12 años ha sido investigador principal de 11 proyectos financiados por el ISCIII o por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, así como investigador colaborador en otros 8. Ha coordinado y participado en diferentes grupos de trabajo relacionados con el riesgo cardiovascular, el ictus, la cardiopatía isquémica y la diabetes. Y ha publicado numerosos artículos en revistas nacionales e internacionales.

ENTREVISTA

José Lapetra Peralta

IP del CIBERobn



¿Cuál es la actividad científica del grupo del CIBERobn que usted dirige y las líneas de trabajo que vertebran su acción?, ¿cuál es su principal objetivo?

Nuestra actividad científica y líneas de investigación son consecuencia directa de las particularidades y características del equipo. Somos un grupo de investigación específico de Atención Primaria, constituido fundamentalmente por médicos de familia que dedican la mayor parte de su tiempo a llevar a cabo labor asistencial en Centros de Salud dependientes del Distrito Sanitario Atención Primaria de Sevilla (Servicio Andaluz de Salud). Al trabajar en Atención Primaria, que es la puerta de entrada a nuestro sistema sanitario, estamos en una situación privilegiada

“Los hábitos dietéticos son determinantes del estado de salud de los individuos y de las poblaciones”

para tener una visión general y muy real de los problemas de salud que afectan y preocupan a los ciudadanos. Nuestras líneas de trabajo son: 1) Epidemiología cardiovascular en Andalucía (Estudio DRECA-2). 2) Dieta, nutrición y prevención de enfermedades (Estudios PREDIMED, PREDIABOLE e ICFAMED). 3) Hipertensión arterial y medida ambulatoria de presión arterial (Estudio PREDIMED-MAPA). 4) Calidad de vida relacionada con la salud (Estudio PREDIMED-CVRS).

Nuestros objetivos fundamentales están directamente relacionados con las líneas de trabajo referenciadas con anterioridad. 1) Estudio DRECA-2 (“Evolución del riesgo cardiovascular en población andaluza: 1992-2007”). Conocer la situación en nuestra población de la prevalencia de los factores de riesgo clásicos, su incidencia y evolución temporal, así como la frecuencia de factores de riesgo emergentes. 2) Estudios PREDIMED, PREDIABOLE E ICFAMED. PREDIMED: conocer la eficacia de la dieta mediterránea en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. PREDIABOLE: determinar la utilidad del aceite de oliva enrique-

cido en ácido oleanólico en la prevención de diabetes en pacientes prediabéticos. ICFAMED: establecer hasta qué punto la dieta mediterránea es mejor que la dieta baja en grasas en la prevención de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular en hipertensos de alto riesgo cardiovascular. 3) Estudios PREDIMED-MAPA y PREDIMED-CVRS: ambos son subestudios del PREDIMED en los que se pretende valorar la influencia de la dieta mediterránea sobre la presión arterial ambulatoria y sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

“El médico de familia es el responsable de la salud del individuo, la familia y la comunidad”

Como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, ¿qué rol cree que tiene y debe tener el médico de familia? ¿Su visión del paciente holística, integral y biopsicosocial hacen que la enfermedad propiamente dicha quede en un segundo plano? ¿Debería otorgársele mayor importancia a esta figura en los planes de formación médica?

El médico de familia es un profesional sanitario para el que la persona es un todo, integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales. Proporciona la mayor parte de la atención que necesita el individuo, de for-

ma directa o a través de otros profesionales; en definitiva, el médico de familia es el responsable de la salud del individuo, la familia y la comunidad. El ámbito natural de trabajo del médico de familia es la Atención Primaria, garantizándose de esta forma la accesibilidad y la longitudinalidad asistencial.

Efectivamente, el médico de familia lleva a cabo la atención sanitaria del individuo según un modelo holístico en el que, frente al modelo biomédico, considera que la enfermedad es el resultado de factores complejos: orgánicos (biológicos), psicológicos y sociales; es lo que se conoce como modelo de atención biopsicosocial, pero esto no significa que la enfermedad quede en un segundo plano, todo lo contrario; ello implica un concepto mucho más amplio y completo de salud y enfermedad, ya que supone que la enfermedad no sólo afecta al individuo, sino también a la familia y a la comunidad.

La importancia del médico de familia en nuestro sistema sanitario y en los programas de formación médico-postgraduada es innegable y se entiende perfectamente con tres simples datos: 1) En 2012 el 29% de la oferta de plazas MIR la ha constituido la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2) El 42% de los médicos que trabajan en el sistema sanitario público ejercen como médicos de familia. 3) El

95% de los 300 millones de consultas anuales en Atención Primaria se resuelven sin necesidad de interconsulta. Lo que sí me parece imprescindible es un mayor protagonismo de la medicina de familia en los programas de grado de Medicina. Esto es una asignatura pendiente en España que hay que resolver cuanto antes, evitando recelos y temores completamente injustificados.

¿Es suficiente una dieta equilibrada para garantizar un estilo de vida saludable?, ¿qué papel juegan otros factores como la práctica de ejercicio físico, la genética, factores ambientales, sociales...?

Una dieta sana y equilibrada es uno de los pilares fundamentales de lo que se conocen como estilos de vida saludables, pero en este concepto tienen también enorme importancia el ejercicio físico, así como

“Con los datos de los que disponemos en la actualidad podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que la dieta mediterránea es el modelo dietético ideal: es sana, variada, equilibrada y muy agradable al paladar”

factores sociales, ambientales, culturales, económicos e incluso familiares.

Actualmente se sabe que el desarrollo de la mayor parte de las enfermedades se produce como consecuencia de una interacción entre factores genéticos y ambientales.



Sabíamos que el consumo moderado de vino tinto es bueno para la salud, pero acabamos de conocer (gracias al equipo del Dr. Estruch) que del vino es bueno hasta el alcohol por su combinación con los polifenoles. ¿Cómo deben trasladarse estos hallazgos a la consulta ambulatoria y qué riesgos cree que podrían tener para la salud pública?

Desde el punto de vista epidemiológico está demostrado que el riesgo relativo de muerte es menor en los consumidores moderados de alcohol que en los abstemios. Por otra parte, uno de los componentes fundamentales de la dieta mediterránea es el consumo moderado de vino. Datos recientemente publicados del Estudio PREDIMED ponen de manifiesto que la ingesta de resveratrol a través del consumo de vino podría contribuir a redu-

cir los factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, no debemos olvidar que la ingesta de bebidas alcohólicas es actualmente uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Según la OMS, su consumo contribuye a más de 60 enfermedades y trastornos crónicos y agudos. El alcohol es, después del tabaco, la sustancia psicoactiva que causa mayor número de muertes en España; por lo tanto, como médico de familia que trabaja en un Centro de Salud, con respecto al consumo de alcohol, mi recomendación es la que hace la Sociedad Española de Familia y Comunitaria y la US Preventive Task Force: en Atención Primaria se debe realizar de forma sistemática cribado y consejo sanitario para reducir el abuso de alcohol.



Su campo de actividad se ha centrado también en los últimos años en el estudio de la nutrición como prevención de enfermedades, en concreto, el de la Dieta Mediterránea. ¿Es el mejor patrón alimenticio del que disponemos a tenor de numerosos estudios científicos que han probado las bondades de nutrientes propios de esta dieta, como el aceite de oliva o los frutos secos?

Efectivamente, una de nuestras líneas de investigación más productivas y de mayor aplicabilidad clínica es la relacionada con “Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades”. El proyecto estrella de la misma es el Estudio PREDIMED, que incluye un total de 7.447 participantes y en el que nuestro grupo ha contribuido con 670 pacientes. Le tenemos un cariño y agradecimiento muy especial al Estudio PREDIMED y a su coordinador, el Dr. Ramón Estruch. Gracias a la oportunidad que nos dio de participar en el mismo, nuestro grupo ha podido dar un salto cualitativo importantísimo en el ámbito de la investigación, que culminó en 2006 con nuestra entrada en el CIBERobn. Nos sentimos muy orgullosos de formar parte del CIBERobn dado que hay pocos grupos de investigación de Atención Primaria vinculados a CIBER y nosotros somos uno de ellos.

Los hábitos dietéticos son determinantes del estado de salud de los individuos y de las poblaciones. Los países del sur de Europa presentan una incidencia de enfermedades del aparato circulatorio mucho menor que la de los del centro y norte de Europa o los Estados Unidos. Estas diferencias se han atribuido en gran parte al patrón de dieta seguido en los países mediterráneos, la denominada dieta mediterránea. Diferentes estudios han demostrado los efectos beneficiosos de este modelo de dieta sobre la mortalidad global, por enfermedades cardiovasculares y por cáncer, así como en la incidencia de cáncer y algunas enfermedades neurodegenerativas (Parkinson y Alzheimer). También se han observado acciones positivas sobre los factores de riesgo cardiovascular, función endotelial, marcadores inflamatorios y síndrome metabólico. Gran parte de los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea se han atribuido a su alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados (oleico principalmente), vitaminas, compuestos fenólicos antioxidantes, fibra y fitosteroles.

El análisis de patologías del síndrome metabólico en general, y riesgo cardiovascular e hipertensión, en particular; y su incidencia en la población andaluza ocupan buena parte de su tiempo. ¿Tiene esta comunidad una especial idiosincrasia para el desarrollo de estas patologías?, ¿a qué se debe que exista en la población del sur peninsular una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad?

Efectivamente, nuestro grupo de investigación ha liderado el Estudio DRECA-2 (“Evolución del riesgo cardiovascular en

población andaluza: 1992-2007”) cuyo objetivo principal es conocer la situación en cuanto a riesgo cardiovascular de la población andaluza de 20 a 74 años. La respuesta a esta pregunta es realmente importante, teniendo en cuenta que Andalucía es la comunidad autónoma que presenta las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio más altas de España. La elevada prevalencia de determinados factores de riesgo cardiovascular, como la obesidad y la hipertensión arterial, justifica en parte esta situación, a

pesar de ser la nuestra la región española más joven.

En Andalucía la prevalencia de obesidad en la población adulta es del 30%, mientras que la media española es del 20%. Creemos que hay condicionantes de tipo cultural, social y económico que explican este hecho. Está demostrado que un nivel socioeconómico bajo incrementa el riesgo de obesidad.

¿Podría explicarnos qué es el llamado fenómeno de hipertensión de Bata

Blanca, frecuente en pilotos de aviación, y cómo debería abordarse su tratamiento?

La toma de presión arterial fuera del contexto clínico (presión arterial ambulatoria) nos permite conocer el comportamiento de dicha variable durante las actividades cotidianas del individuo y, además, elimina el efecto presor que origina el ámbito sanitario, conocido como *Efecto de Bata Blanca*. Se sabe que las presiones arteriales ambulatorias, obtenidas mediante medida ambulatoria de presión arterial (MAPA) o

automedida de presión arterial (AMPA), son más representativas de la presión arterial usual y real del sujeto. En la práctica, el efecto de bata blanca puede ser responsable de que diagnostiquemos como hipertensos a pacientes que fuera de la consulta tienen presiones arteriales normales: hipertensión aislada en consulta ó *hipertensión de bata blanca*, pero también puede inducirnos a sobrevalorar el grado real de hipertensión: *fenómeno de bata blanca*. El verdadero interés práctico del efecto de bata blanca deriva de sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Se estima que la *hipertensión de bata blanca* puede explicar un tercio o más de los casos en los que se diagnostica hipertensión. El riesgo cardiovascular de los individuos con este tipo de hipertensión es inferior a los que presentan una hipertensión mantenida, pero superior al de los normotensos. Las últimas recomendaciones (agosto de 2011) de la Guía NICE sobre el Manejo Clínico de la Hipertensión Arterial en Adultos dice textualmente "If the clinic blood pressure is 140/90 mm Hg or higher, use ambulatory blood pressure monitoring to confirm the diagnosis of hipertensión. This strategy will improve the accuracy of the diagnosis compared with current practice and was also shown to be cost effective (indeed, cost saving) for the NHS".

¿En qué otros proyectos está trabajan-

do actualmente el equipo del CIBERobn que usted dirige?, ¿cuáles son los principales avances a este respecto?, ¿qué retos se marcan a medio plazo?

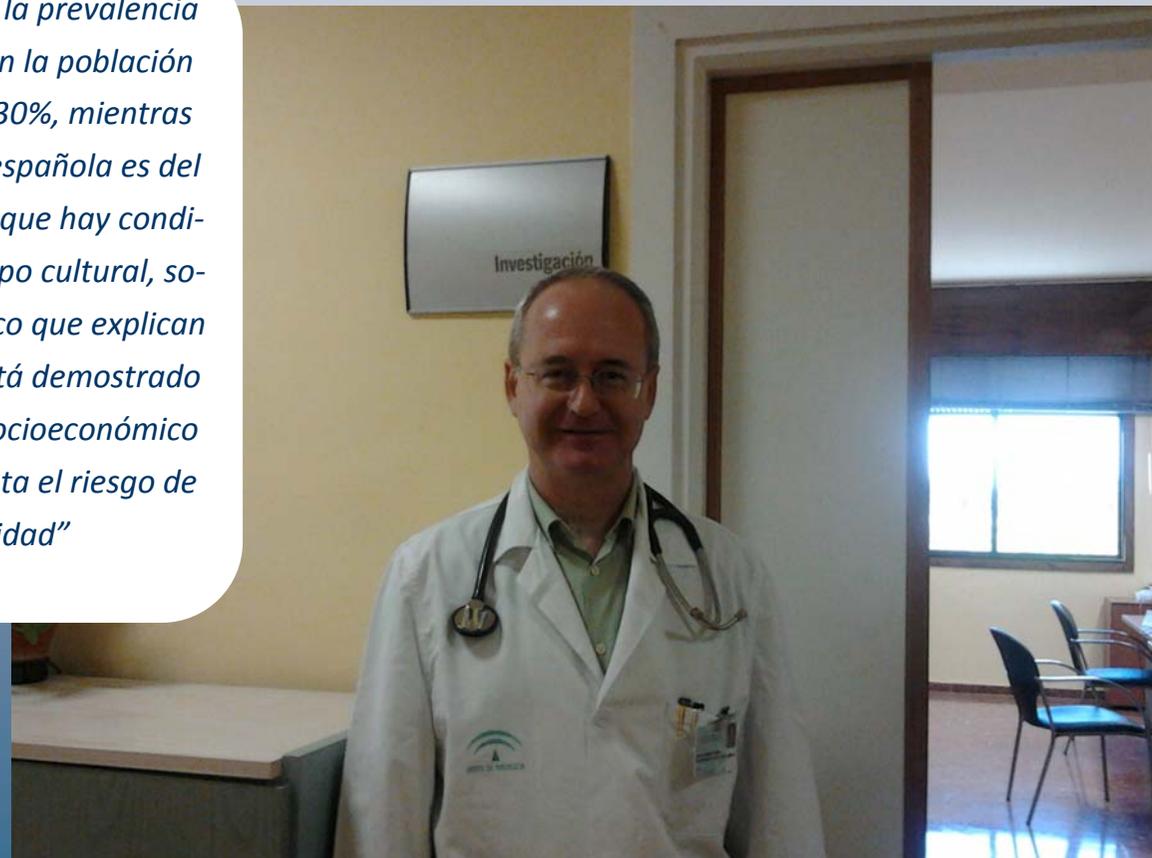
Por una parte, nos encontramos inmersos en el proceso de preparación de publicaciones relacionadas con los resultados del Estudio PREDIMED, felizmente concluido; especialmente de aquellas relacionadas con los subproyectos de los que somos responsables: PREDIMED-MAPA y PREDIMED-Calidad de Vida. Además, estamos colaborando, dentro de nuestras posibilidades,

en el diseño del PREDIMED-2, al que nos queremos vincular, como grupo clínico reclutador, desde su inicio. Por otra parte, formamos parte, a través del DRECA-2, de dos proyectos de carácter epidemiológico, los estudios DARIOS (Epidemiológico e Inflamatorio) y FRESCO, liderados desde el IMIM por el Dr. Jaume Marrugat. Finalmente, como proyectos propios del grupo, estamos volcados en el reclutamiento de pacientes para los estudios PREDIABOLE (Prevención de diabetes mellitus tipo 2 con aceite de oliva enriquecido en ácido oleanólico en pacientes predia-

béticos) e ICFAMED (Prevención de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular en hipertensos de alto riesgo cardiovascular).

Nuestro objetivo fundamental en el CIBERobn es mantenernos, consolidarnos y mejorar en todo aquello que podamos, sin olvidar los recursos que tenemos y las peculiaridades y limitaciones para la investigación de excelencia del nivel asistencial donde trabajamos: Atención Primaria.

"En Andalucía la prevalencia de obesidad en la población adulta es del 30%, mientras que la media española es del 20%. Creemos que hay condicionantes de tipo cultural, social y económico que explican este hecho. Está demostrado que un nivel socioeconómico bajo incrementa el riesgo de obesidad"



NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA

JEFE DE GRUPO : Lapetra Peralta, José

INVESTIGADORES

Álvarez Herrero, M^a Ángeles
Corchado Albalat, Yolanda
García de la Corte, Francisco José
Iglesias Bonilla, Pablo
Jiménez Jiménez, Luis Manuel
Jiménez Rodríguez, M^a Carmen
Lahera Robles, Laura
Lama Herrera, Carmen
Leal Cala, Marta
Lozano Rodríguez, Jesús Manuel
Martínez Córdoba, Elena
Mayoral Sánchez, Eduardo
Mellado Martín, Elena
Miró Moriano, Leticia
Ortega Calvo, Manuel
Román Torres, Pilar
San Juan Lozano, Pilar
Santos Lozano, José Manuel
Urbano Fernández, Víctor
Vilches Arenas, Ángel

NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA



Grupo para el estudio del riesgo cardiovascular en Andalucía y de la Dieta Mediterránea en la prevención de enfermedades (Al-Andalus)

Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla

Avda. de Jerez s/n (antiguo Hospital Vigil de Quiñones)

41012 Sevilla

José Lapetra Peralta

Tel.: 666550696

Mails: jose.lapetra.sspa@juntadeandalucia.es

jlapetra@ono.com

CIBERobn

Edificio D 1ª planta | Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela (CHUS)

Choupana s/n | 15706 Santiago de Compostela

Tel. 981 951 628/ 981 955 076

www.ciberobn.es

The logo for CIBERobn, featuring three blue circles above the word 'ciberobn' in a stylized, lowercase blue font.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD



Fondo Europeo de Desarrollo Regional

"Una manera de hacer Europa"