

**Ciclo de Conferencias Conjuntas ANM y el INS / MINSA  
Simposio 1- 2017  
OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA**

**Comentario**

**AA Dr. Claudio F. Lanata De las Casas**

Investigador Titular, Instituto de Investigación Nutricional  
La Molina

Profesor Adjunto, Departamento de Pediatría,  
Vanderbilt University, Nashville, TN, USA.

Colegio Medico del Perú  
25 Abril 2017

# Algunas reflexiones personales

## 1. Acceso a los alimentos y obesidad.

- El ser humano solo ha visto un acceso permanente a alimentos desde fines de los 1950s.
- Durante toda la historia, solo había exceso de alimentos cuando se tenía una buena cosecha. Todo el metabolismo, por lo tanto, está diseñado para “guardar” energía cuando hay exceso de alimentos. Se guarda en la forma de grasa.
- En momentos de exceso de alimentos, se activan varios mecanismos metabólicos que optimizan el formar grasa. Embarazadas con estos mecanismos activados, lo transmiten a sus fetos que nacen “activados”.

## 2. Errores de los primeros estudios nutricionales

- Los famosos estudios, como el de Framingham, evidenciaron “asociaciones” estadísticas entre mortalidad cardiovascular con obesidad, colesterol en sangre y dislipidemias, y dietas ricas en grasas saturadas y calorías.
- Se recomendó las dietas de bajas grasas y bajas calorías como la solución.

## Nuevas evidencias

- El NIH de USA financió un estudio de US\$100 millones, promoviendo una dieta baja de grasas y calorías, con baja ingesta de colesterol, que no tuvo ningún cambio en mortalidad ni en los niveles de colesterol y lípidos en la sangre.
- Se ha documentado que la ingesta de colesterol no se relaciona con el colesterol sanguíneo. Este se produce metabólicamente por el organismo, en forma independiente de la ingesta.
- El único tipo de ingesta dietética de grupos con poder adquisitivo alto, que no se ha asociado con obesidad y muerte por enfermedades cardiovasculares, ha sido la llamada “dieta mediterránea”. Esta se ha explicado por una ingesta de frutas, verduras, carnes y pescados con grasa, vino, y pan con alto contenido de fibra.
- La “dieta” más eficaz para bajar de peso es la promulgada por el Dr. Atkins: Disminuir casi a cero los carbohidratos! Solo comer proteínas y grasas. Como el cuerpo necesita de glucosa en sangre, la tiene entonces que producir metabolizando las grasas.
- El “índice glicémico” probablemente el mejor indicador de alimentos que no debemos consumir.

# *The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

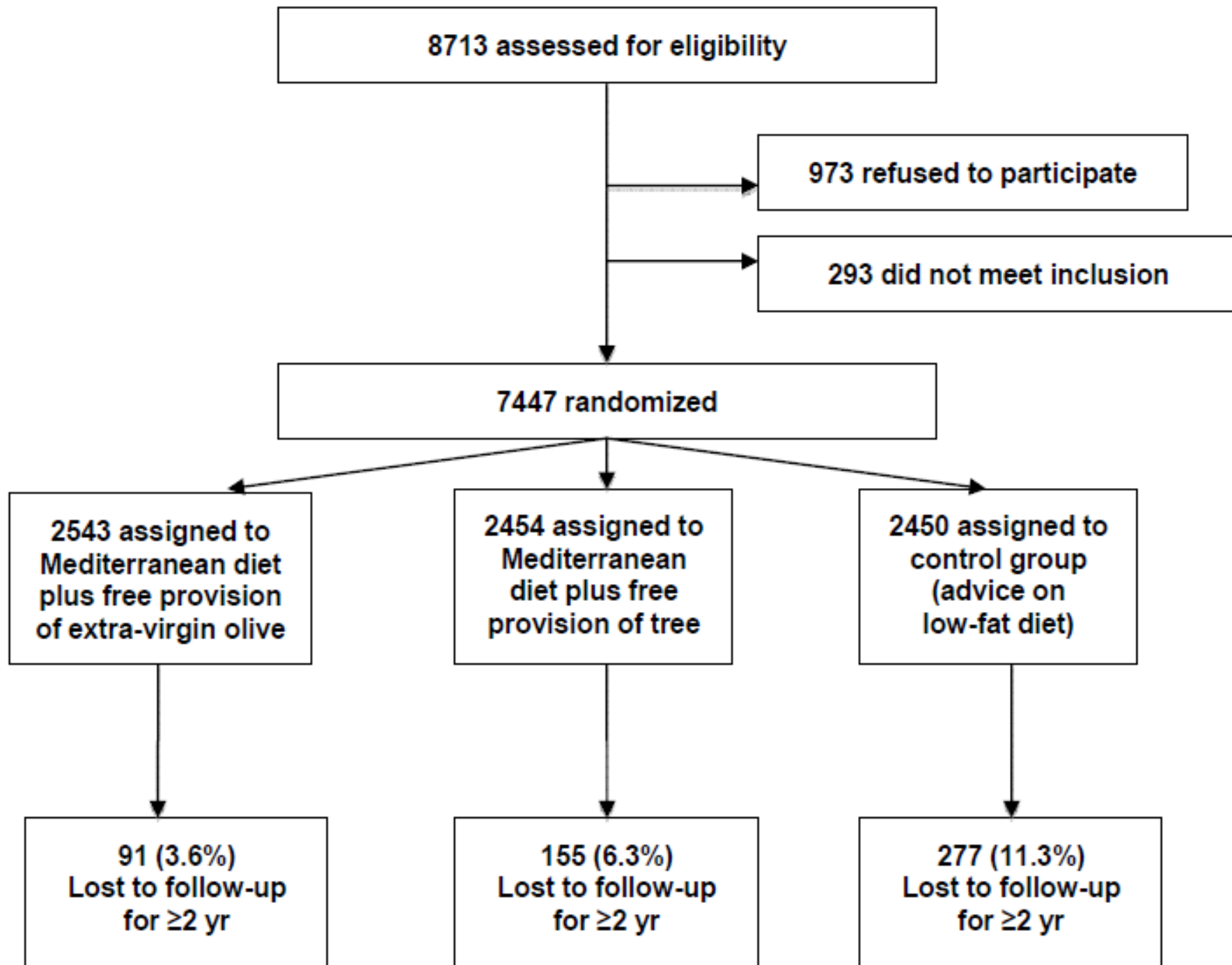
ESTABLISHED IN 1812

APRIL 4, 2013

VOL. 368 NO. 14

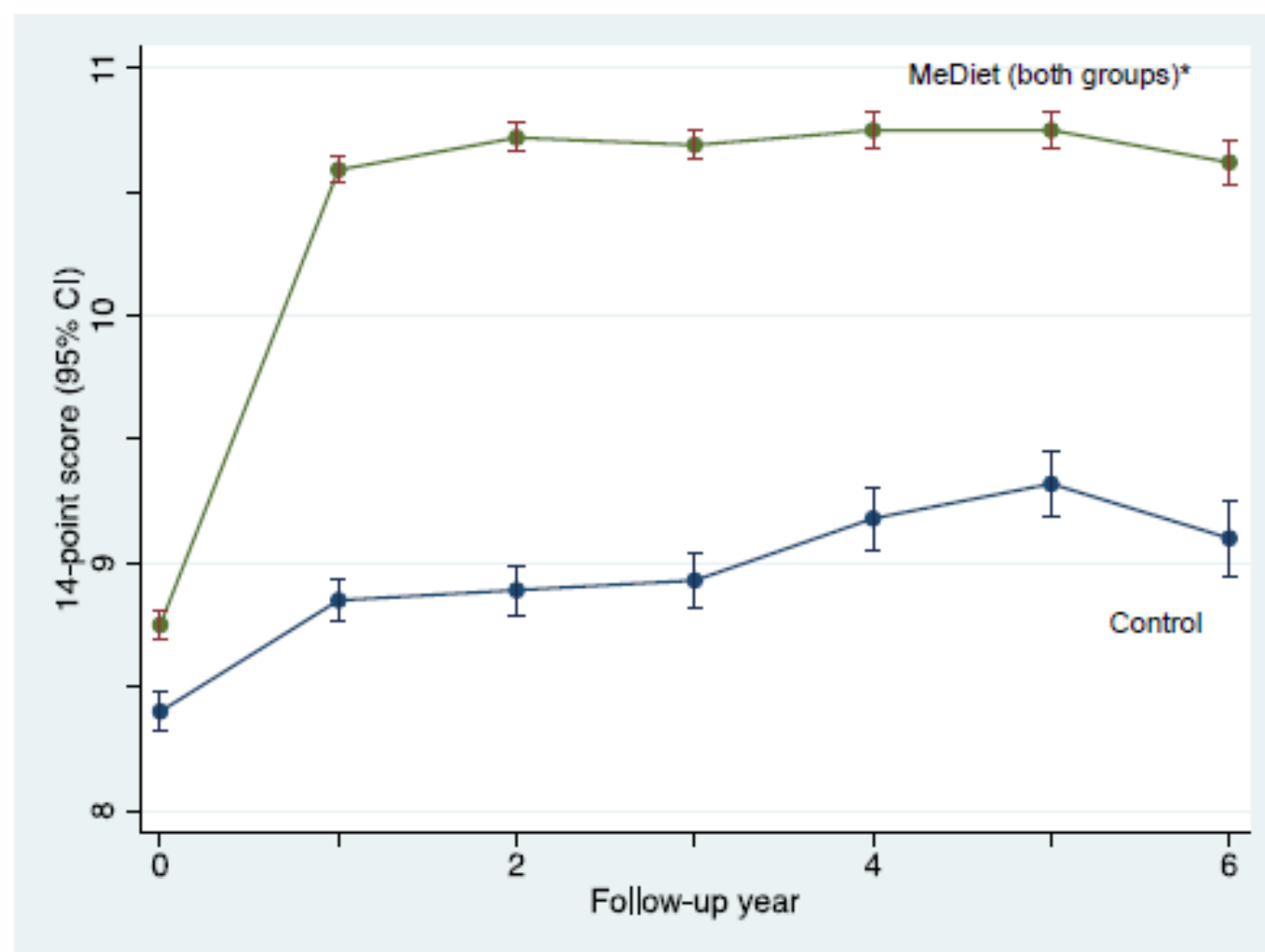
## Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet

Ramón Estruch, M.D., Ph.D., Emilio Ros, M.D., Ph.D., Jordi Salas-Salvadó, M.D., Ph.D.,  
Maria-Isabel Covas, D.Pharm., Ph.D., Dolores Corella, D.Pharm., Ph.D., Fernando Arós, M.D., Ph.D.,  
Enrique Gómez-Gracia, M.D., Ph.D., Valentina Ruiz-Gutiérrez, Ph.D., Miquel Fiol, M.D., Ph.D.,  
José Lapetra, M.D., Ph.D., Rosa Maria Lamuela-Raventos, D.Pharm., Ph.D., Lluís Serra-Majem, M.D., Ph.D.,  
Xavier Pintó, M.D., Ph.D., Josep Basora, M.D., Ph.D., Miguel Angel Muñoz, M.D., Ph.D., José V. Sorlí, M.D., Ph.D.,  
José Alfredo Martínez, D.Pharm, M.D., Ph.D., and Miguel Angel Martínez-González, M.D., Ph.D.,  
for the PREDIMED Study Investigators\*



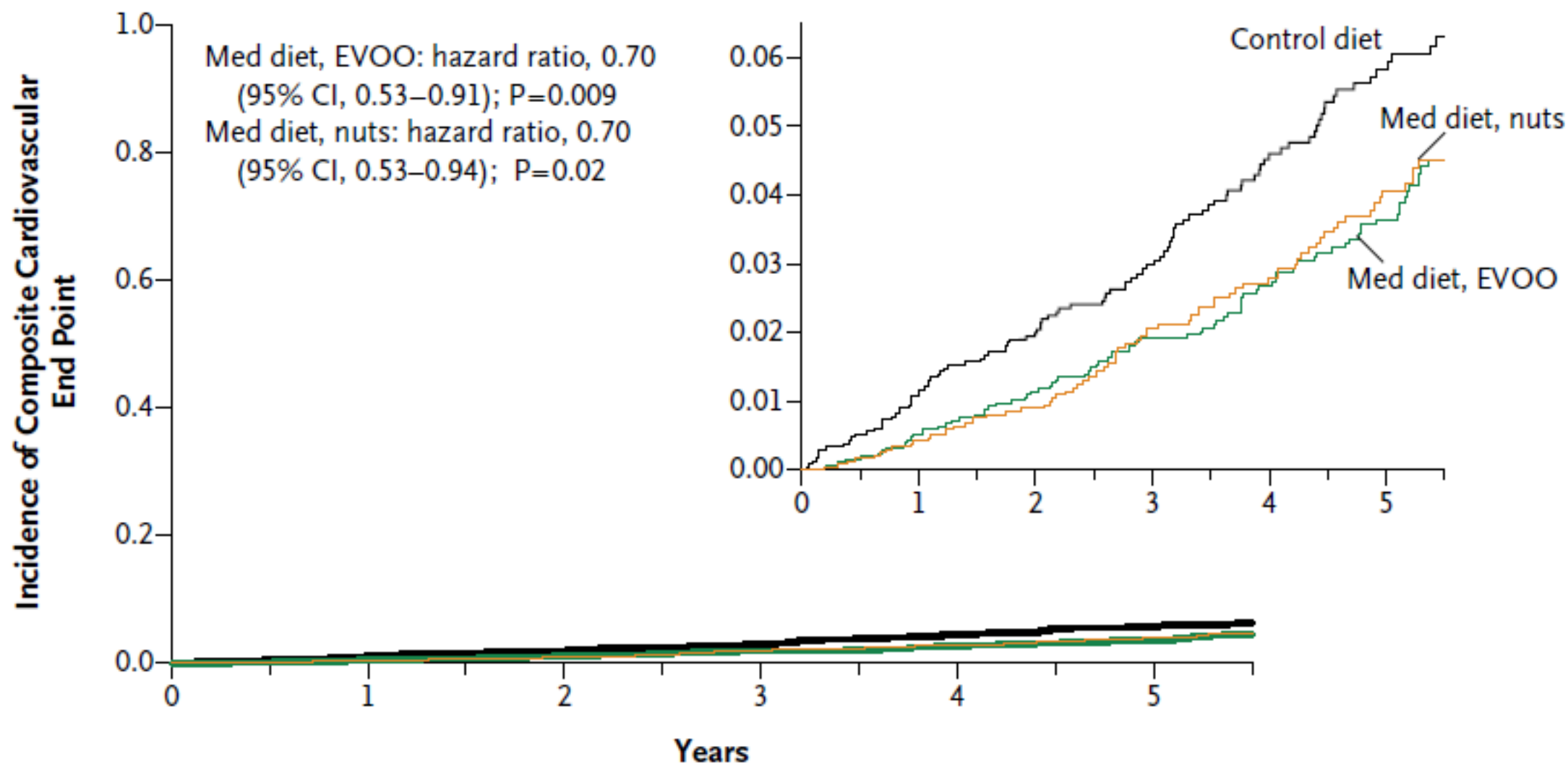
| Elemento                                  | Dieta Mediterránea  | Dieta Baja en Grasas                                      |
|---|---|---|
| Aceite de Oliva                           | ≥ 4 cucharadas /día<br>(Grupo Aceite extra-virgen vs normal: > polifenoles) | Aceites vegetales de cualquier tipo<br><2 cucharadas/ día |
| Nueces (maní, nuez, avellanas, almendras) | ≥ 3 tomas /semana<br>(Grupo extra nueces: 30 g / día)                       | < 1 toma / semana   |
| Frutas frescas                            | ≥ 3 tomas / día   | ≥ 3 tomas / día   |
| Vegetales                                 | ≥ 2 tomas / día   | ≥ 2 tomas / día   |
| Legumbres (leguminosas)                   | ≥ 3 servicios /semana   | ---   |
| Pescados /mariscos                        | ≥ 3 tomas /semana<br>(en especial con mucha grasa)                          | ≥ 3 tomas /semana<br>(pescados magros, sin grasa)         |
| “Sofrito”                                 | ≥ 2 veces /semana   | < 2 veces /semana   |
| Carne blanca                              | Pollo, pavo, conejo. Evitar carnes rojas y procesadas.                      | No se mencionó  |
| Vino tinto                                | ≥ 7 copas /semana (300 ml /día)   |   |
| Huevos                                    | ilimitados  |   |
| Lácteos bajos en grasas                   | ---   | 3 tomas / día   |
| Pan, papa, fideos, arroz                  | ---   | 3 veces / día   |
| Remover grasa visible                     | ---   | De sopas y carnes   |

**Figure S3. Changes in Mean Adherence to the Mediterranean Diet during Follow-up.**  
Mean adherence to the 14-item score of Mediterranean diet (95% confidence intervals) during follow-up. The two Mediterranean diet intervention groups were merged together.



\* $P < 0.001$  for all six comparisons in years 1 to 6 by analysis of variance.  
MeDiet, Mediterranean diet; CI, confidence interval.

**A Primary End Point (acute myocardial infarction, stroke, or death from cardiovascular causes)**



**No. at Risk**

|                |      |      |      |      |      |      |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
| Control diet   | 2450 | 2268 | 2020 | 1583 | 1268 | 946  |
| Med diet, EVOO | 2543 | 2486 | 2320 | 1987 | 1687 | 1310 |
| Med diet, nuts | 2454 | 2343 | 2093 | 1657 | 1389 | 1031 |

Figure S6. Kaplan-Meier Estimates of Incidence of each Separate Component of the Primary End-point.

A) Myocardial Infarction

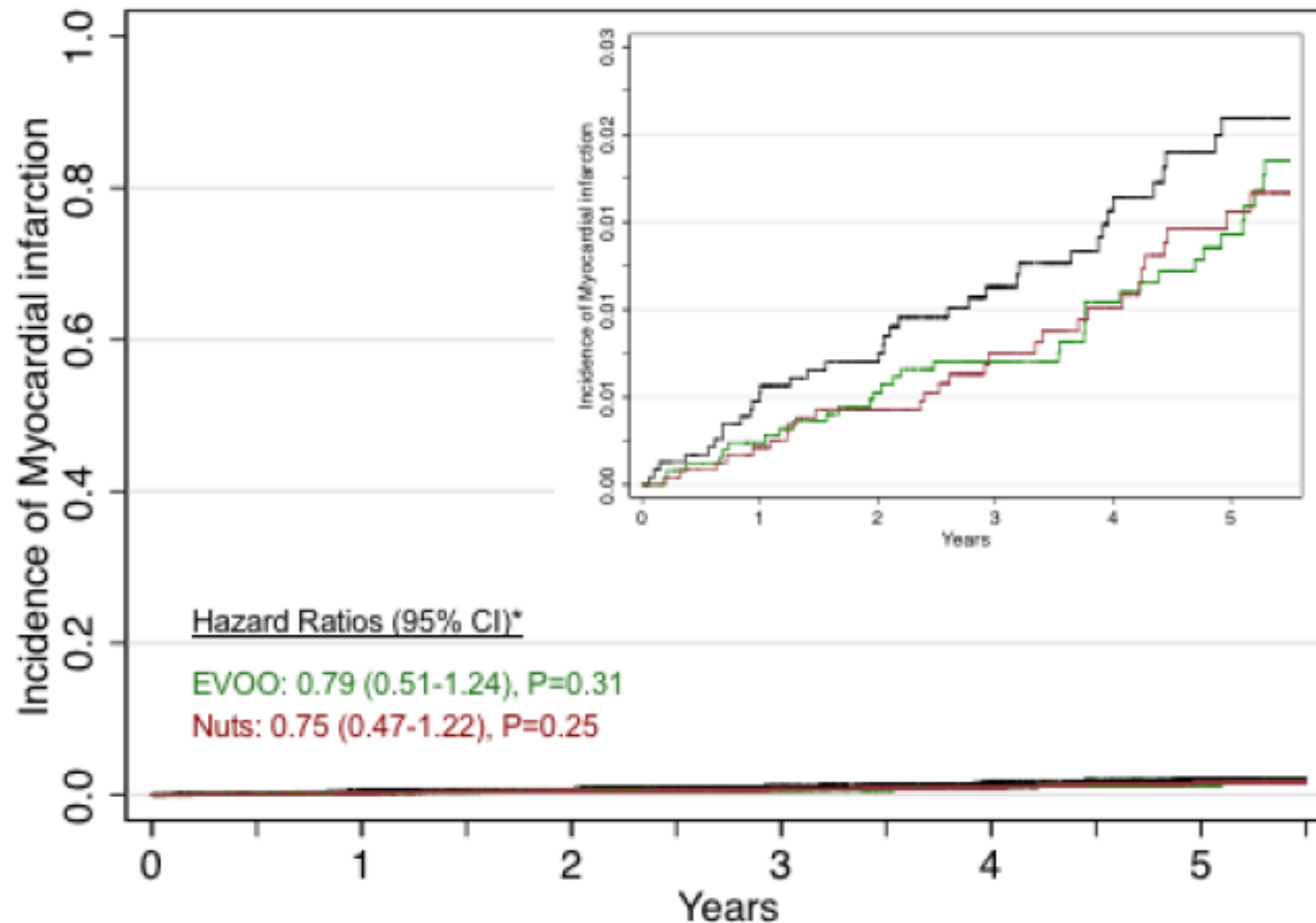


Figure S6. Kaplan-Meier Estimates of Incidence of each Separate Component of the Primary End-point (cont.).

B) Stroke

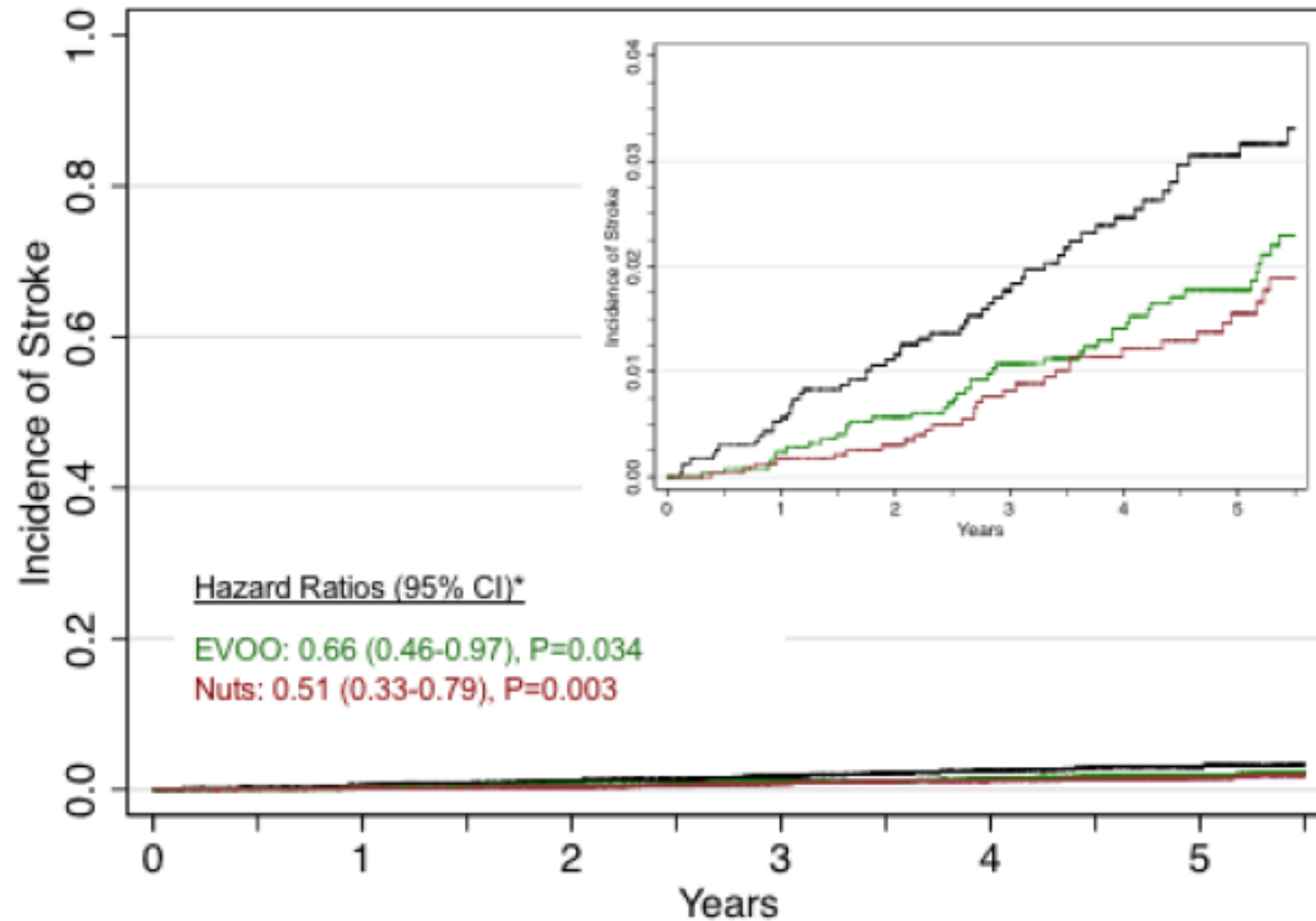
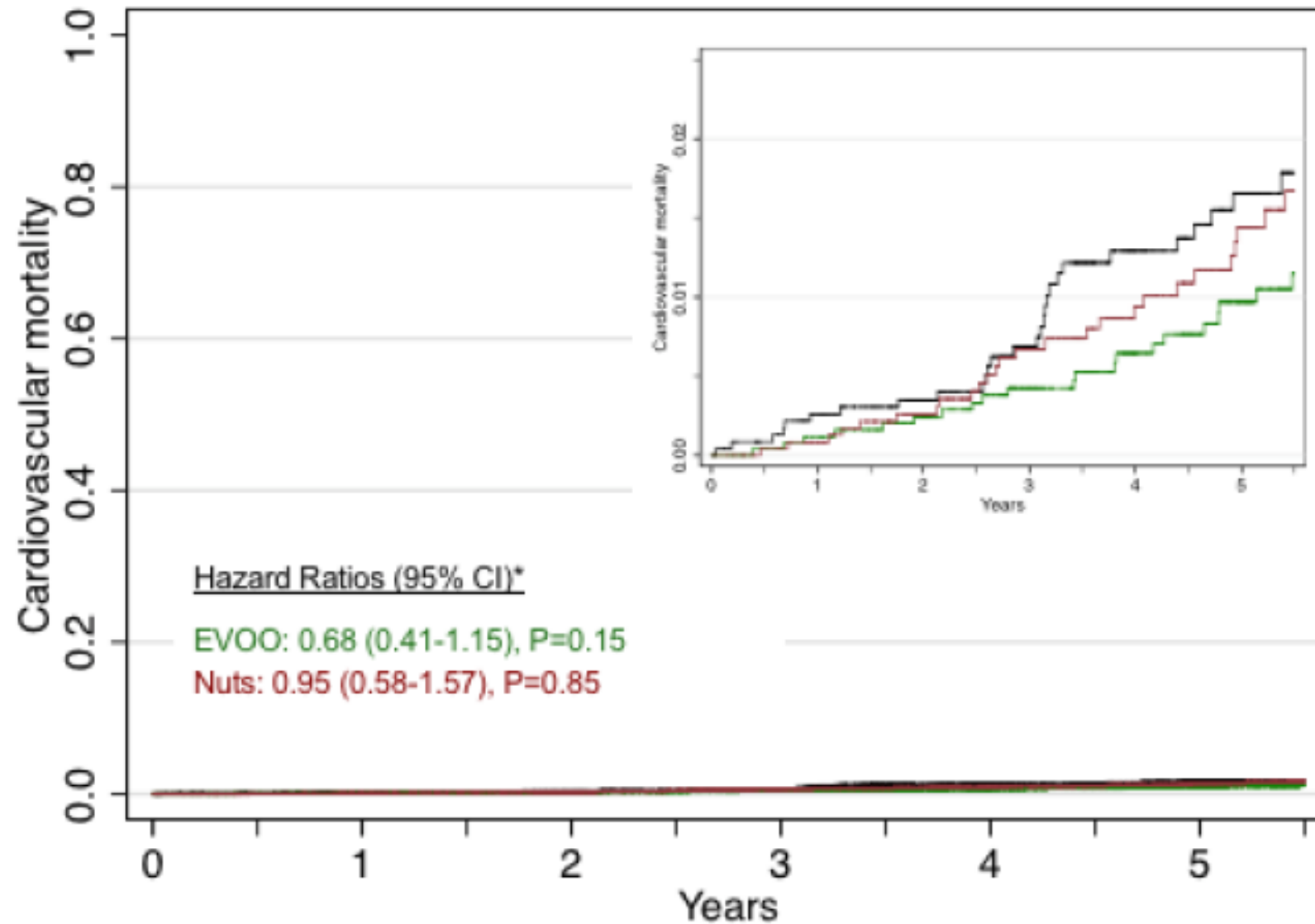


Figure S6. Kaplan-Meier Estimates of Incidence of each Separate Component of the Primary End-point (cont.).

C) Cardiovascular Death



# *Food for thought: The role of nutrition in the microbiota-gut–brain axis*

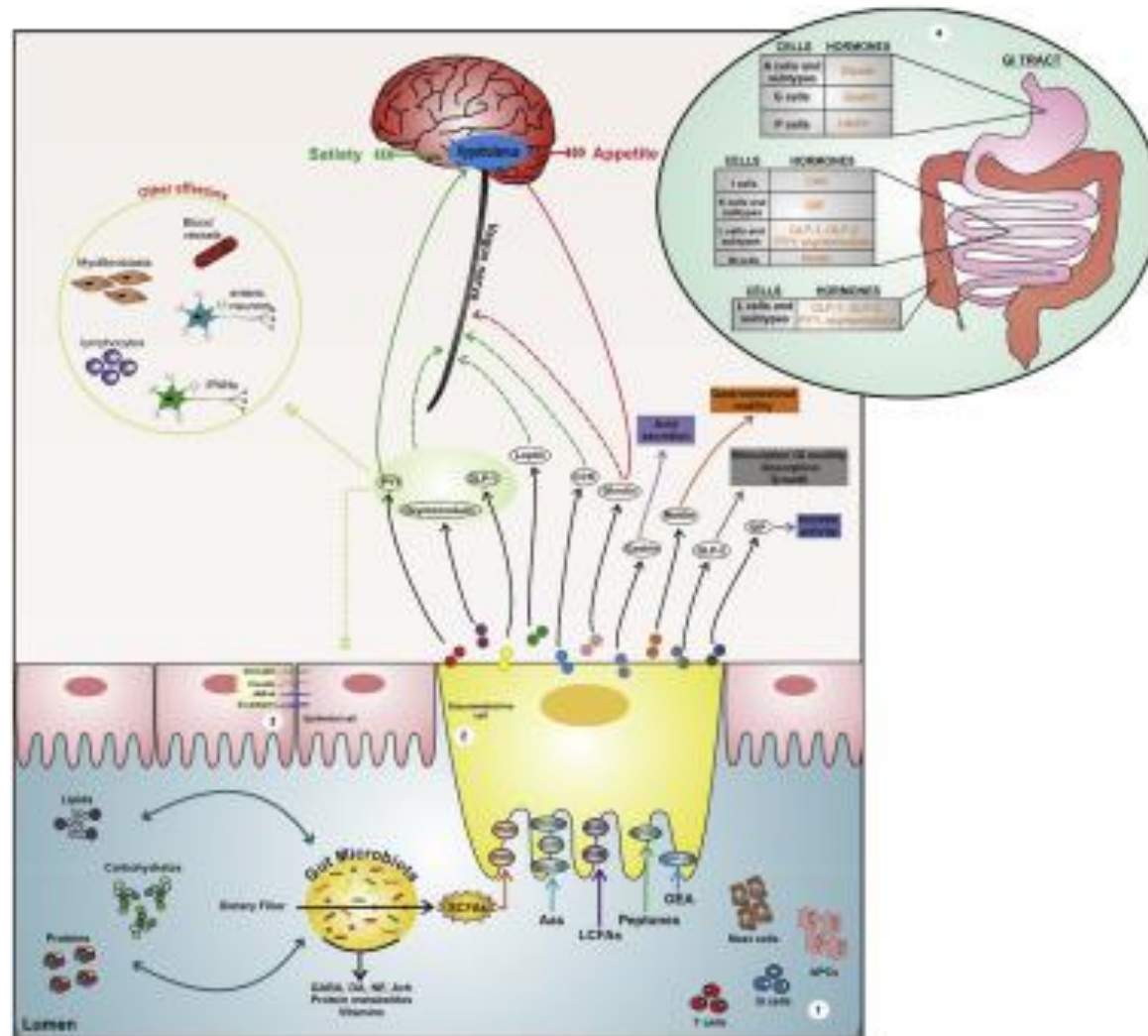
*Clara Seira Oriach, Ruairi C. Robertson, Catherine Stanton,  
John F. Cryan, Timothy G. Dinan*

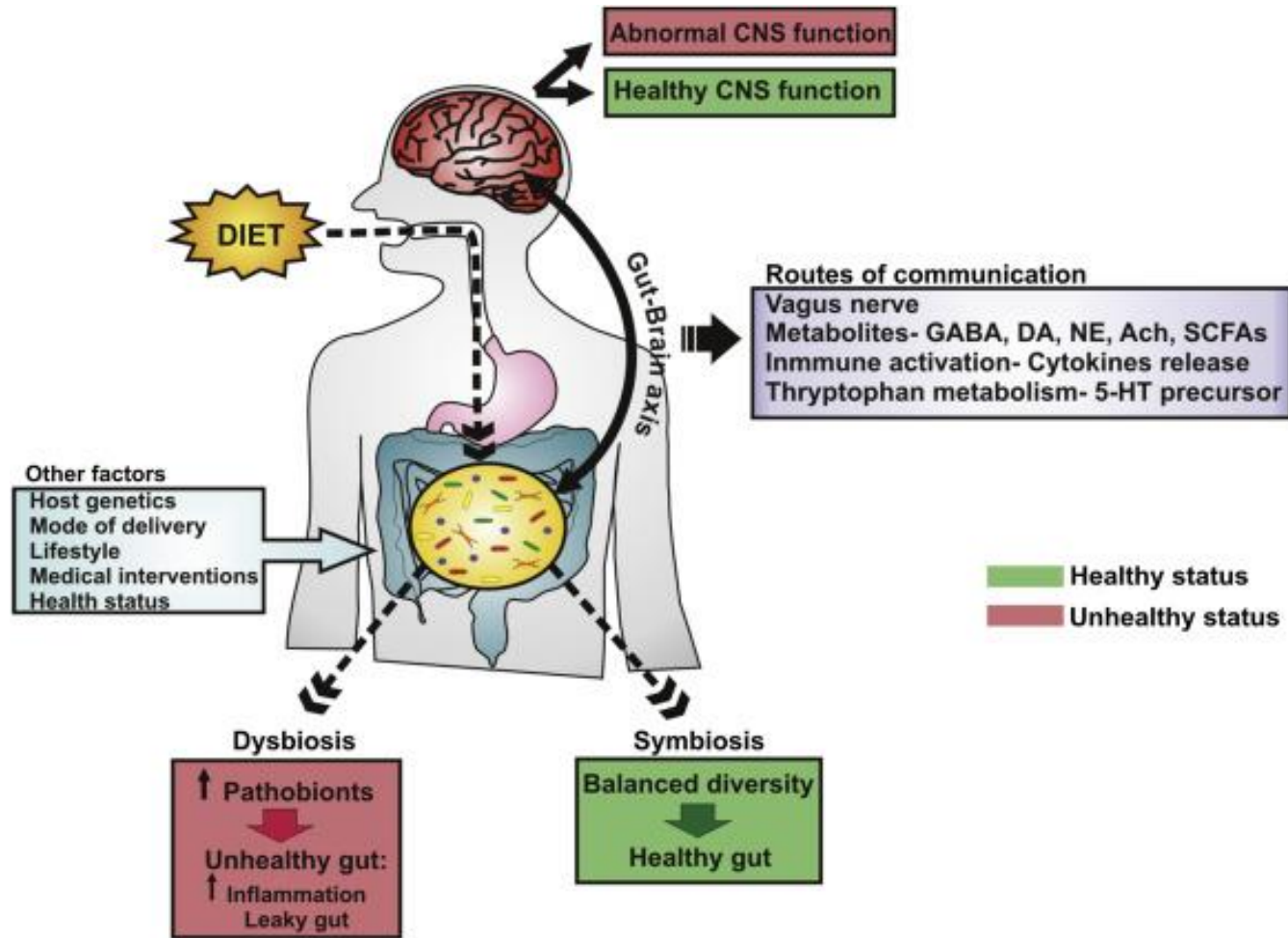
*Clinical Nutrition Experimental*

Volume 6, Pages 25-38 (April 2016)

DOI: [10.1016/j.yclnex.2016.01.003](https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2016.01.003)





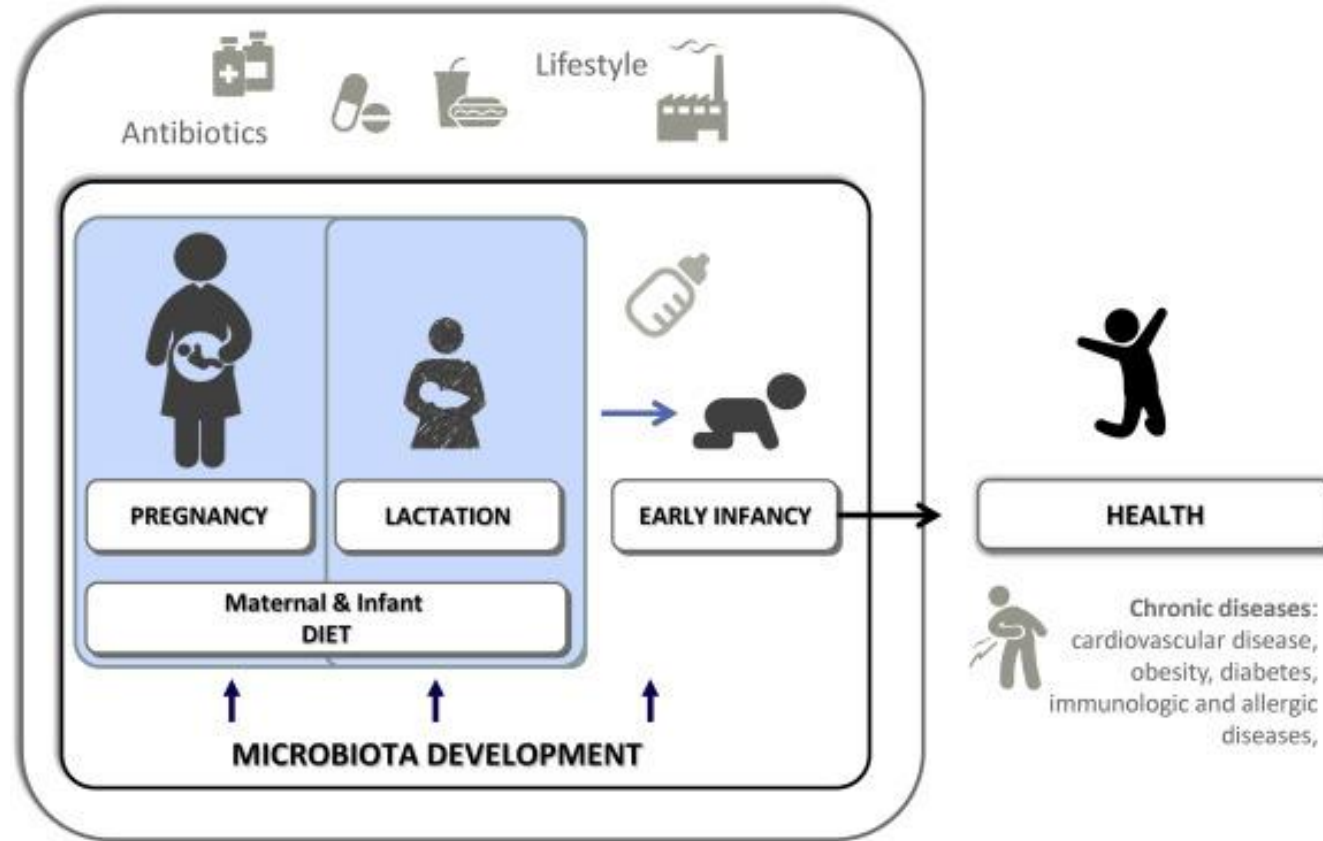


# ***Perinatal nutrition: How to take care of the gut microbiota?***

*Izaskun García-Mantrana, Bibiana Bertua Martínez-Costa,  
Maria Carmen Collado.*

*Clinical Nutrition Experimental*  
Volume 6, Pages 3-16 (April 2016)  
DOI: 10.1016/j.yclnex.2016.02.002



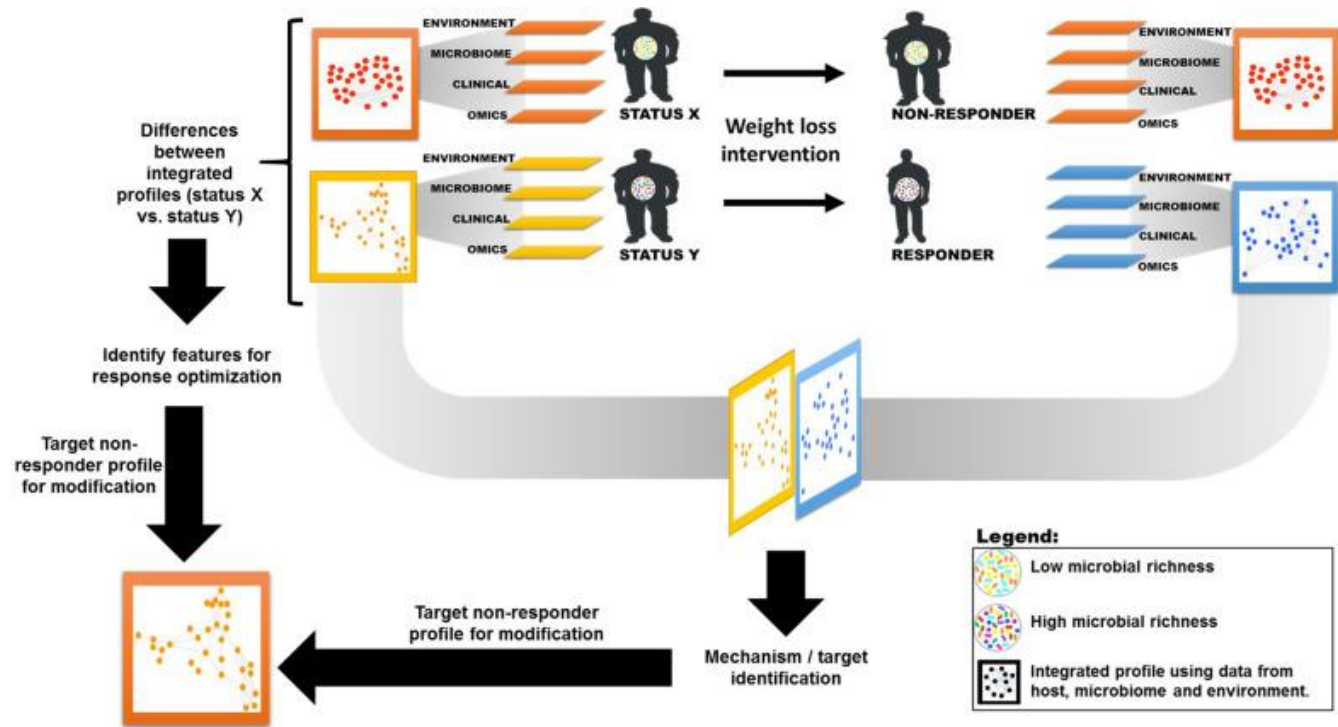


# ***Losing weight for a better health: Role for the gut microbiota***

*Maria Carlota Dao, Amandine Everard, Karine Clément,  
Patrice D. Cani.*

*Clinical Nutrition Experimental*  
Volume 6, Pages 39-58 (April 2016)  
DOI: 10.1016/j.yclnex.2015.12.001







Microbial richness  
Cardiometabolic risk



**LOW MICROBIAL RICHNESS**

**Dyslipidemia  
Insulin resistance  
Low grade inflammation  
Weight gain  
More BCAAs**

**Improved gut  
microbiome  
metabolism**



**CASINO Toolbox**

# Algunas Conclusiones

- Que debemos hacer en Perú?
  - Determinar el sobrepeso y obesidad como prioridad de salud pública
  - Establecer una estrategia sanitaria nacional para enfrentarla.
- Fomentar la producción y consumo de aceite de oliva extra-virgen, frutas, verduras, legumbres, pan integral, pescados y mariscos, carnes blancas y vino tinto!
- Educar a la población sobre lo negativo del consumo de azúcar y carbohidratos de fácil absorción. Usar el “índice glicémico” en el etiquetado nacional para ayudar a la población a elegir alimentos.
- Estudiar a nivel local la interacción entre la microbiota intestinal y la obesidad, desde el embarazo hasta la vida adulta.
- Fomentar la actividad física. Evitar el sedentarismo.

**Gracias!**

