

HABITOS DIETETICOS EN GRUPOS DE POBLACION DE LA SERRANIA DEL JILOCA: CONSECUENCIAS EN LA SALUD

Juan Fraj Lázaro

El presente trabajo se ha hecho, como fácilmente podrá imaginar el lector, con una falta total de medios humanos y materiales así como una falta total de tiempo por parte del autor. Sin embargo, la observación directa durante años de los hábitos dietéticos de los grupos de población arriba indicados, junto con las ganas de poner mi grano de arena en esta revista y un mínimo rigor científico adquirido durante mi formación, me llevan a enviar este trabajo a tal revista con la finalidad de que mi pequeño esfuerzo no caiga en saco roto.

Lo normal en estos trabajos es hacer una encuesta estadística de una muestra de población suficientemente representativa; pero para ello se necesita tiempo y personal entrenado que colabore. Obviamente, el personal entrenado apenas existe en nuestros pueblos y si los hay, es muy difícil contactar con ellos. En cuanto al primer punto (el tiempo), me es muy escaso debido a mi ausencia casi continua de mi pueblo (Godos) y a que mi trabajo me absorbe por completo. Por tanto este trabajo está basado en la OBSERVACION del autor, no sólo de los hábitos alimenticios de dicha población, sino de las consecuencias mórbidas directa o indirectamente relacionadas con esos hábitos: enfermedades sistémicas como la Hipertensión Arterial, Obesidad y Arteriosclerosis, y relaciones íntimas existentes entre estas entidades y otras enfermedades orgánicas como los Accidentes cerebrovasculares agudos, Infarto agudo de miocardio, Infarto mesentérico y Claudicación intermitente de miembros inferiores.

Por tanto, para la exposición del trabajo, partiré de un tronco común (los hábitos dietéticos), unas ramificaciones primarias íntimamente relacionadas (Obesidad, Hipertensión arterial y arteriosclerosis) y unas ramificaciones secundarias consecuencia de las anteriores (Diabetes tipo II, Accidentes cerebrovasculares agudos,

Infarto agudo de miocardio, Infarto mesentérico y Claudicación intermitente, Síndrome de Leriche; como entidades nosológicas más importantes, aunque no únicas).

Una correcta alimentación se entiende desde dos puntos de vista: uno cuantitativo y otro cualitativo. El primero se refiere a la relación gasto energético, ingreso energético traducido en calorías. Teniendo en cuenta que gran parte de nuestra población realiza trabajos físicos de gran gasto energético, ya sea trabajando en el campo o en otra actividad física, no se puede dar una cifra absoluta en calorías que sirva de guía standart. Es decir, una persona (p.e. un ama de casa u otra persona de uno de nuestros pueblos) que realiza un trabajo físico limitado, su gasto energético será también limitado, probablemente no más de 2.000 calorías, por lo que si paralelamente ingiere diariamente 3.000 calorías, se puede decir que esa persona está sobrealimentada y con frecuencia acabará en sobrepeso o en obesidad, si bien intervienen otros factores como la herencia genética o la idiosincrasia familiar en el campo de la obesidad y de los cuales hablaré cuando llegue al tema OBESIDAD. Por el contrario una persona que esté trabajando 10 horas en el campo en una actividad dura, probablemente su gasto energético llegará incluso hasta 5.000 calorías y su ingesta lógicamente deberá ser paralela.

En cuanto al punto de vista cualitativo, el término se refiere al equilibrio correcto que debe existir en la proporción porcentual de los tres principios inmediatos: Hidratos de carbono o azúcares, Lípidos o grasas y Proteínas. Dicho de otra forma, de cada 100 calorías ingeridas, 50 deberían tener su origen en la ingesta de hidratos de carbono 130 de origen lépidico y el 20 restante, de origen proteico. Teniendo en cuenta que la función fundamental de las proteínas no es calórica sino plástica (o de síntesis o anabolismo de tejidos), en épocas de crecimiento y desarrollo (lactancia, adolescencia, embarazo), habría que aumentar la cantidad de proteínas de la dieta. Precisamente, la leche materna, quizás el alimento más completo que existe, tiene una composición porcentual calórica en los tres principios inmediatos similar al esquema arriba descrito, a parte de las vitaminas y oligoelementos que obviamente encierra.

Entre los alimentos ricos en Hidratos de Carbono más representativos en nuestro medio están el pan, pastas alimenticias, productos de bollería, todo tipo de féculas, azúcar común, azúcar de uva o glucosa, legumbres, etc. Son alimentos ricos en grasa las mantecas, margarinas, tocino, embutidos, aceites de origen animal, etc. Respecto a los aceites hay que distinguirlos en dos tipos: los de origen animal y los de origen vegetal. Los de origen animal aportan fundamentalmente (aunque no son los únicos) triglicéridos y colesterol. Los primeros se componen de una molécula de glicerol y tres ácidos grasos, normalmente saturados y de un número determinado de carbonos. El colesterol tiene como esqueleto el anillo del ciclopentanoperhidrofenantreno. Aunque ambos juegan un papel importante en la fisiología del organismo, un aporte excesivo (colesterol HDL, que protege frente a la arteriosclerosis y colesterol LDL, que acelera el proceso de arteriosclerosis), juegan un papel primordial en el desarrollo de las placas de arteroma en la pared de las arterias en un proceso que dura décadas.

Los aceites de origen vegetal aportan fundamentalmente ácidos grasos insaturados de efecto beneficioso para el organismo (aceite de oliva, soja, girasol).

Los Hidratos de Carbono o azúcares se denominan monosacáridos, disacáridos, polisacáridos... según tenga una molécula de un azúcar determinado, dos o muchas. Los monosacáridos, serán pentosas, hexosas, heptosas... según contengan en su molécula 5, 6, 7... átomos de carbono.

El monosacárido por excelencia es la hexosa glucosa, o azúcar de uva. Son disacáridos la sacarosa o azúcar común, la lactosa, contenida en la leche, la maltosa... El polisacárido fundamental en el organismo es el glucógeno, compuesto por múltiples moléculas de glucosa.

En cuanto a las proteínas decir que se componen de péptidos y éstos a su vez de aminoácidos de los cuales existen más de 20 naturales, los cuales combinados entre sí dan lugar a péptidos, polipéptidos y éstos, a las proteínas. Las fuentes proteicas más importantes son todo tipo de carnes, siendo quizás la carne de pollo la que más aporta; leguminosas (que aportan aminoácidos) y la leche y productos lácteos.

Refiriéndonos ya a la población rural de la serranía del Jiloca, se puede decir que desde el punto de vista cuantitativo, es una población sobrealimentada, es decir su ingestión calórica es superior a su gasto energético. Si hiciéramos un mínimo estudio standarizado de peso/talla para esa población según tablas preestablecidas y en relación con la edad y el sexo, veríamos que un % importante de nuestra población padece de sobrepeso, considerando como tal a aquel sujeto cuyo peso actual supera en un 0-20% al peso que le correspondería según su talla, edad y sexo. Por ejemplo, un varón de 170 cts. y 30 años de edad, debería tener un peso medio de 70 kgs, (en el percentil 100); si supera entre 0-20% ese peso, se puede considerar como sobrepeso. Hablaremos de obesidad cuando un sujeto supera en más del 20% a aquel peso que debería corresponderle según su talla, edad y sexo.

Desde el punto de vista cualitativo, se podría decir que nuestra población está aceptablemente alimentada. Si tenemos en cuenta que la alimentación de nuestras gentes es secular y tradicional en cuanto a producir alimentos que luego consumirán, podría decirse que el cultivo de huertos (muy arraigado en nuestra comarca), aporta gran cantidad de vitaminas, fibra, oligoelementos, e incluso hidratos de carbono y aminoácidos vegetales, cuyas fuentes son las verduras cultivadas.

La fuente de hidratos de carbono se hace fundamentalmente a base de productos farináceos, que actualmente son todos ellos de producción industrial, pero que hasta hace aproximadamente 20 años eran también caseros y artesanos (pan, madalenas, mantecados, pastas...) que se hacían en el horno del pueblo correspondiente.

La fuente de proteínas y lípidos se obtiene fundamentalmente a costa de animales de crianza que la propia gente de la comarca y a nivel familiar se ocupan de criar. El cerdo (con la tradicional matanza que llega a ser incluso un ritual) gallinas, huevos, pollos, conejos... son fuente importante de proteínas y grasas en alimentación de nuestras gentes.

En cuanto a las enfermedades en las que al menos en parte puede influir una incorrecta dietética, ya hemos hablado superficialmente de la Obesidad (por excesivo aporte calórico y/o deficiente gasto energético), en la cual además de influir frontalmente la dieta, existe un componente genético. Este se demuestra estadísticamente: el hijo de un progenitor obeso y otro normal, tendrá hasta un 20% de posibilidades de ser obeso; el hijo cuyos padres sean los dos obesos, tendrá un 80% de probabilidades de ser obeso también. Es de destacar hasta un 20% de posibilidades de ser obeso también. Es de destacar que existen varias enfermedades de carácter metabólico o no íntimamente relacionadas de las cuales la dieta influye directa o indirectamente (sin olvidar otros factores que no vienen al caso). Por ello haré un pequeño comentario de cada una de ellas: Obesidad (ya comentada), Diabetes Mellitus tipo II, Artrosis, Hipertensión arterial y Arteriosclerosis.

En la Diabetes Mellitus tipo II o del adulto, la obesidad juega un papel fundamental en muchos pacientes por cuanto ella en sí hace que aumenten las resistencias periféricas a la acción de la insulina. Tanto es así que en muchos diabéticos adultos obesos bastaría una dieta hipocalórica bien seguida, con su respectiva pérdida de peso, para normalizar las cifras de glucemia y por tanto, para controlar la diabetes. Es difícil saber la cifra de diabéticos en nuestros pueblos, por cuanto en muchos casos cifras altas de glucemias son asintomáticas. De ahí pienso que sería muy interesante desde el punto de vista de la detección precoz que una vez se constituyera el Centro de Salud de Calamocha, se pudiera hacer en equipo por los profesionales médicos, un screening de la población de nuestros pueblos para detectar diabéticos silentes mediante técnicas baratas y sensibles (por ejemplo mediante "Glucometer") y por lo tanto controlar metabólicamente a aquellos con glucemias basales superiores a 200 mgs. por 100 ml. de suero antes de que lleguen las complicaciones, muy numerosas y en ocasiones irreversibles.

La artrosis es mucho más frecuente en obesos por mecanismos puramente mecánicos. Una articulación (la rodilla por ejemplo), está preparada para soportar un determinado peso. Si a esa articulación la sobrecargamos crónicamente, el cartílago acabará degenerando y por tanto, aparecerá la artrosis. Es como si a un camión que puede transportar 10 toneladas, le sobrecargamos consecutivamente con 12. Acabará destruyéndose ruedas, ballestas, ejes, etc.

La Hipertensión Arterial, de causa desconocida en el 90% de los casos (Esencial) es frecuentísima en nuestra población. Según la OMS, viene definida por cifras iguales o superiores a 160/95 de sistólica o diastólica respectivamente. Es fácil de detectar, por cuanto nuestra gente rural acude en muchas ocasiones al médico sólo "a tomarse la tensión". Afortunadamente, con dieta exenta Na (sal y bicarbonato) y con el abanico de fármacos antihipertensivos existentes, se controla en la mayoría de los casos. La Hipertensión Arterial mal controlada y con cifras altas puede resultar muy peligrosa, puede desencadenar desde una hemorragia cerebral a veces mortal, hasta lesiones de la retina, renales o de otros órganos. Es de destacar también que generalmente, nuestra gente sigue mal los consejos del médico para controlarse la tensión arterial; sigue tomando sal o bicarbonato y olvida con frecuencia tomarse la "pastilla" de forma regular.

La Arteriosclerosis es un proceso generalizado de degeneración de las capas de las arterias que puede producir multitud de cuadros clínicos: trombosis y embolias en diferentes órganos, por ejemplo tromboembolismo cerebral, ángor pectoris e infarto agudo de miocardio, isquemia e infarto mesentérico, claudicación intermitente en miembros inferiores o enfermedades "del escarapate", etc. Está demostrado que un paciente obeso, hipertenso y con algún trastorno en el metabolismo del colesterol (hipercolesterolemia con aumento de las LDL), acabará haciendo casi irremisiblemente arteriosclerosis incluso a edades precoces. El índice de arteriosclerosis en nuestra población es muy alto, más si tenemos en cuenta que es una enfermedad de la edad adulta senil (más de 55 años) y nuestra población, por desgracia tiene una media de edad alta.

BIBLIOGRAFIA

Harrison: tratado de Medicina Interna. Ed. 1983.

Cecil: tratado de Medicina Interna. Ed. 1986.

Medicine: tratado de Medicina. 3.^a serie. 1982.