

Editorial

Claves para disfrutar de una vida larga y sana

Keys to a Long and Healthy Life

Ramón Estruch^{a,b,*} y Emilio Sacanella^{a,b}

^a Department of Internal Medicine, Hospital Clínic, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, University of Barcelona, Barcelona, España

^b CIBER Pathophysiology of Obesity and Nutrition (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España



Historia del artículo:

On-line el 12 de septiembre de 2018

Si se pregunta a alguien qué espera de la vida, probablemente la mayoría de las personas responderían «tener una vida larga y sana». En la Edad Media, los druidas intentaron encontrar «el elixir de la eterna juventud». Actualmente son los científicos quienes han aceptado el reto de descubrir las claves para una vida larga y sana. En 2005, la revista *National Geographic* publicó un artículo titulado «The secrets of a long life», en el que Dan Buettner, un explorador y educador, identificaba 5 zonas geográficas en las que las personas gozaban de buena salud y tenían la máxima longevidad: la isla de Okinawa en Japón, las islas de Cerdeña e Ikaria en Italia y Grecia respectivamente, la zona de Loma Linda en California (Estados Unidos) y la península de Nicoya en Costa Rica¹. Junto con Gianni Pes y Michel Poulain, ese autor² identificó áreas en las que se daban las concentraciones más altas de varones centenarios y marcó en los mapas círculos concéntricos azules a los que denominó «zonas azules». Aunque las personas que viven en estas áreas pueden tener unas características genéticas comunes, como pueden ser los mismos polimorfismos beneficiosos de la apolipoproteína E, esos autores consideraron que determinadas características comunes de estilo de vida podrían contribuir a este envejecimiento saludable. Esas características comunes eran: a) una alimentación basada en productos vegetales; b) un consumo moderado de alcohol, principalmente vino; c) una actividad física (AF) de moderada a alta; d) tener objetivos para la vida y poco estrés; e) inmersión en la espiritualidad o la religión, y f) menos hábitos tóxicos, principalmente poco tabaquismo.

En un reciente estudio que incluyó datos de 123.219 adultos de Estados Unidos seguidos hasta 34 años, Li et al.³ llegaron a la conclusión de que los participantes que tenían 5 factores de bajo riesgo, como no haber fumado nunca, un índice de masa corporal (IMC) ≤ 25 , AF ≥ 30 min diarios, un consumo de alcohol moderado y estar en el 40% superior por lo que respecta a la alimentación de alta calidad, mostraban una reducción del 74% de la mortalidad por cualquier causa, el 65% de la mortalidad por cáncer y el 82% de la mortalidad cardiovascular. Asimismo, en el artículo de Díaz-Gutiérrez et al.⁴, recientemente publicado en *Revista Española de Cardiología*, los autores identificaron un estilo de vida saludable que reducía la incidencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) en un 78% en una cohorte de 19.336 graduados universitarios de mediana edad después de 10,4 años de seguimiento, teniendo en cuenta que las ECV continúan siendo la principal causa de muerte en el siglo XXI. Las características incluidas en esta puntuación del estilo de vida

saludable eran las siguientes: a) ausencia de tabaquismo; b) AF alta (> 20 MET-h/semana); c) gran adherencia a una dieta mediterránea tradicional ($\geq 4/8$ puntos); d) IMC ≤ 22 ; e) consumo moderado de alcohol, sin episodios de intoxicaciones agudas (≤ 5 bebidas alcohólicas); f) una breve siesta a primera hora de la tarde (0,1-0,5 h/día); g) pasar tiempo con amigos (> 1 h/día), y h) un horario laboral prolongado (≥ 40 h/semana). Las semejanzas y diferencias entre las características de estos estilos de vida «saludables» diferentes requieren un análisis en mayor profundidad.

No hay duda alguna de que el tabaquismo tiene firme asociación con peor salud y mayor mortalidad⁵. Los fumadores, incluso los que refieren un tabaquismo de baja intensidad, como el consumo de 1 cigarrillo al día, tienen peor salud que las personas que no han fumado nunca, lo que incluye una mayor incidencia de ECV, diabetes mellitus y cáncer. No es de extrañar que dejar de fumar reduzca los riesgos de que se den estos efectos adversos⁵.

Realizar una actividad aeróbica moderada-intensa durante al menos 150 min/semana (2.30 h) o un mínimo de 75 min/semana de un ejercicio de alta intensidad pueden prevenir las cardiopatías y el ictus, que son las 2 causas principales de muerte en los países occidentales. De hecho, la AF regular también puede reducir la presión arterial, mejorar el perfil lipídico, principalmente por un aumento de las concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, reducir el peso corporal y reducir la incidencia de diabetes mellitus, síndrome metabólico e incluso de cáncer de colon y de mama^{6,7}. En consonancia con estas observaciones, Li et al.³ señalaron que realizar AF de moderada a enérgica ≥ 6 h/semana reduce los eventos cardiovasculares en un 60%, mientras que en el estudio de Díaz-Gutiérrez et al.⁴ no se observó una relación significativa entre la AF moderada a enérgica y la incidencia de ECV. Tal vez los cuestionarios utilizados por esos autores no captaran de manera suficiente la AF. En cambio, el tiempo pasado viendo la televisión (TV) se considera una medida de la conducta sedentaria y, por consiguiente, debe considerarse un parámetro opuesto al de la AF. Tiene interés señalar que, en el estudio de Díaz-Gutiérrez et al.⁴, ver la TV menos de 2 h/día redujo la incidencia de ECV en un 25%. Varios estudios previos han mostrado asociación entre las conductas sedentarias, como ver la TV o utilizar un ordenador, y toda una gama de resultados adversos de salud, como la mortalidad por cualquier causa, la incidencia de ECV y la obesidad. Además del menor gasto de energía, ver la TV se ha relacionado también con un menor consumo de frutas y verduras y con mayor consumo de tentempiés con gran contenido energético y bebidas con azúcar⁸.

En todos los estudios, la adherencia a un patrón de alimentación saludable es otro elemento clave para disfrutar de una vida larga.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.09.026>

* Autor para correspondencia: Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínic, Villarroel 170, 08036 Barcelona, España.

Correo electrónico: restruch@clinic.ub.es (R. Estruch).

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.06.011>

0300-8932/© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Según las Directrices de Alimentación de 2010-2020 del Departamento de Agricultura de Estados Unidos⁹, los patrones de alimentación que se consideran más beneficiosos son la dieta estadounidense «saludable», la dieta vegetariana y la dieta mediterránea. De ellas, la dieta mediterránea tiene demostrada su eficacia en la prevención primaria y secundaria de la ECV, con el máximo nivel de evidencia científica¹⁰. La dieta mediterránea es útil también para reducir la mortalidad por cualquier causa y la incidencia de diabetes mellitus, deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas. Además, en una reciente revisión sistemática y metanálisis, se llegó a la conclusión de que la mayor adherencia a la dieta mediterránea se asocia con una reducción de la mortalidad total por cáncer y un menor riesgo de cáncer de mama, colorrectal, gástrico y hepático, entre otros¹¹. Es importante señalar que es más ventajoso considerar los patrones de alimentación, y no un solo alimento o nutriente, ya que los alimentos y los nutrientes no se consumen solos y sus efectos en la salud se muestran aditivos o incluso sinérgicos.

El IMC es otro importante factor determinante de la salud y la enfermedad. Varios estudios, entre ellos revisiones sistemáticas y metanálisis, han llegado a la conclusión de que la obesidad (IMC ≥ 30) se asocia con una mayor mortalidad por cualquier causa. Sin embargo, los efectos del sobrepeso (IMC 25-30) en la mortalidad y la incidencia de eventos cardiovasculares son más controvertidos. Mientras que algunas revisiones que incluyeron a 2,88 millones de individuos y más de 270.000 muertes observaron que el sobrepeso con IMC 25-30 se asociaba con una mortalidad por cualquier causa significativamente inferior (*hazard ratio* [HR] = 0,94; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,91-0,96)¹², otros análisis de cohortes amplias (con 1,46 millones de adultos blancos y 160.087 muertes) llegaron a la conclusión de que el sobrepeso aumentaba en un 13% la mortalidad por cualquier causa (HR = 1,13; IC95%, 1,09-1,17)¹³. Tiene interés señalar que, en este último análisis, los participantes con menor mortalidad fueron los que tenían un IMC entre 20,0 y 22,4, que son cifras próximas al valor de corte utilizado por Díaz-Gutiérrez et al. en su artículo⁴. Parte de estas discrepancias en cuanto a los efectos del sobrepeso en la salud probablemente se deban a errores sistemáticos en los datos declarados por los sujetos, que pueden dar lugar a un error de clasificación sustancial de los individuos en categorías de IMC incorrectas¹⁴.

Otra cuestión de interés es la inclusión del consumo moderado de alcohol, principalmente vino, como estilo de vida «saludable». En los estudios epidemiológicos, se ha observado de manera constante menor riesgo de enfermedad coronaria (EC) e infarto de miocardio en las personas con un consumo moderado de alcohol que en los abstemios y los participantes con gran consumo de alcohol¹⁵. Este efecto protector del consumo moderado de alcohol se ha descrito en varones y mujeres, así como en personas sanas y en pacientes con ECV. En los análisis cuantitativos, se ha observado que la relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de ECV sigue una curva en J, de tal manera que el riesgo más bajo se da con 20 g de etanol al día (1,4 bebidas al día), que se acompaña de una reducción del 20% en el riesgo relativo de ECV en comparación con los abstemios. Parece que el tipo de bebida alcohólica que se consume tiene menos importancia, si bien algunos estudios han señalado que el vino y la cerveza, pero no los destilados, pueden aportar un beneficio similar¹⁵. Sin embargo, la relación entre el consumo de alcohol y el ictus es más compleja, puesto que algunos estudios han observado un efecto protector del consumo moderado de vino, mientras que en otros no se ha observado este efecto. Estas discrepancias pueden atribuirse a factores de confusión, como un infraregistro o el tipo de bebida alcohólica consumida, pero sobre todo al patrón de consumo. Cuando los resultados se expresan en gramos de alcohol por semana, resulta muy difícil diferenciar el consumo moderado (1 bebida al día durante 7 días) del consumo excesivo (7 bebidas en 1 día de la

semana). Así pues, el patrón de consumo de alcohol puede ser la clave de la relación entre alcohol e ictus.

Otros aspectos nuevos en la puntuación de hábitos de estilo de vida saludable utilizados en el artículo de Díez-Gutiérrez et al.⁴ son los efectos de una breve siesta a primera hora de la tarde y los del tiempo pasado con los amigos y en el trabajo. La siesta se ha relacionado tradicionalmente con el saludable estilo de vida mediterráneo. A este respecto, el estudio de cohorte EPIC de Grecia observó que la siesta tenía un efecto protector contra la mortalidad coronaria¹⁶. Este efecto se ha atribuido a una reducción de la presión arterial y alivio del estrés, en especial en obreros varones. Sin embargo, otros estudios han observado que las siestas largas (> 30 min) se asocian con mayor mortalidad (14%), en especial la relacionada con enfermedades respiratorias (40%), de los individuos de edad ≤ 65 años¹⁶. Es probable que las siestas largas de personas que viven fuera del área mediterránea se deban a enfermedades subyacentes o alteraciones del sueño nocturno, que se han asociado con mayor riesgo de muerte.

Otras cuestiones de interés en relación con el sistema cardiovascular y la longevidad son la sociabilidad y el apoyo social. En un reciente metanálisis se llegó a la conclusión de que la soledad y el aislamiento social se relacionan con mayor riesgo de sufrir un evento cardiovascular o un ictus de aproximadamente un 30%¹⁷. El mecanismo subyacente que se ha propuesto para explicar esta asociación son alteraciones del sistema inmunitario, presión arterial alta o muerte prematura. Sin embargo, es posible que estas características tengan vínculo con ciertos rasgos de la personalidad que se han relacionado también con la ECV y, por lo tanto, con la longevidad. Además de los participantes con una personalidad ansiosa de tipo A, los que tienen una personalidad de tipo D muestran una probabilidad 3 veces superior de sufrir un infarto de miocardio. Estos individuos tienen una visión negativa de la vida y tienden a inhibir sus sentimientos y emociones, así como sus capacidades para socializar¹⁷.

Por último, está la relación entre el horario laboral y la salud. Contrariamente a la puntuación utilizada por Díaz-Gutiérrez et al.⁴, un horario laboral amplio (> 40 h/semana) se ha asociado con resultados negativos en salud, como ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, EC e incluso muerte¹⁸. Así pues, la inclusión de este ítem en una puntuación de hábito de estilo de vida saludable resulta, como mínimo, controvertida.

Uno de los objetivos de los autores fue encontrar una puntuación que permitiera evaluar y cuantificar los estilos de vida saludables. Sin embargo, la puntuación propuesta en su artículo tiene algunas limitaciones, una de las cuales es que, hasta donde nosotros sabemos, esa puntuación no se ha validado anteriormente. Además, la cohorte de estudio es relativamente joven y muy «sana», lo cual hace que sea difícil extrapolar estos resultados a otras poblaciones.

En conclusión, un estilo de vida saludable es uno de los más importantes factores determinantes de la longevidad y, teniendo en cuenta algunas diferencias de carácter menor que podrían depender de dónde viva la persona, todos los gobiernos y sociedades médicas deberían fomentarlo activamente con objeto de mejorar realmente la salud de la población general.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buettner D. The Secrets of Long Life. National Geographic. 2015. Disponible en: https://www.bluezones.com/wp-content/uploads/2015/01/Nat_Geo_LongevityF.pdf. Consultado 3 Abr 2017.

2. Poulain M, Pes GM, Grasland C, et al. Identification of a geographic area characterized by extreme longevity in the Sardinia Island: The AKEA study. *Exp Gerontol*. 2004;39:1423–1429.
3. Li Y, Pan A, Wang DD, et al. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation*. 2018. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>.
4. Díaz-Gutiérrez J, Ruiz-Canela M, Gea A, Fernández-Montero A, Martínez-González MA. Association between a healthy lifestyle score and risk of cardiovascular disease in the SUN cohort. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:1001–1009.
5. Inoue-Choi M, Liao LM, Reye-Guzman C, Hartge P, Caporaso N, Freedman ND. Association of long-term low-intensity smoking with all-cause and cause-specific mortality in the National Institute of Health-AARP diet and Health study. *JAMA Intern Med*. 2017;177:87–95.
6. Smith AD, Crippa A, Woodcock J, Brage S. Physical activity and incident type 2 diabetes mellitus: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*. 2016;59:2527–2545.
7. Hardefeldt PJ, Penninkilampi R, Edirimanne S, Eslick GD. Physical Activity and Weight Loss Reduce the Risk of Breast Cancer: A Meta-analysis of 139 Prospective and Retrospective Studies. *Clin Breast Cancer*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2017.10.010>.
8. Qi Q, Li Y, Chomistek AK, et al. Television watching, leisure-time activity and the genetic predisposition in relation to body mass index in women and men. *Circulation*. 2012;126:1821–1827.
9. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2015–2020. 8 th ed. 2015. Disponible en: <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>. Consultado 13 Jun 2018.
10. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368:1279–1290.
11. Schwingshack L, Schwedhelm C, Galbete C, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: An updated systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2017;9:1063.
12. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013;309:71–82.
13. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med*. 2010;363:2211–2219.
14. Acevedo P, Mora-Urda AI, Montero MDP, Cabañas MD, Prado C, Marrodán MD. Is Overweight on the Decrease in the Adult Population? Differences Between the 2009 and 2014 European Health Surveys in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:875–876.
15. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events: a meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2011;26:833–850.
16. Leng Y, Wainwright NWJ, Cappuccio FP, et al. Daytime napping and the risk of all-cause and cause-specific mortality: A 13-year follow-up of a British population. *Am J Epidemiol*. 2014;179:1115–1124.
17. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102:1009–1016.
18. Bannai A, Tamakoshi A. The association between long working hours and health: A systematic review of epidemiological evidence. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40:5–18.