



- Inicio
- Quiénes somos
- FACTORES DE RIESGO
 - Hipertensión arterial
 - Diabetes
 - Fibrilación auricular
 - Colesterol alto
 - Sedentarismo
 - Dieta inadecuada
 - Alcohol
 - Obesidad
 - Tabaquismo
 - Estrés y depresión
- RECURSOS
 - Vídeos
 - Blog
 - Podcast
 - Enlaces de utilidad
 - Lecturas adicionales
 - Publicaciones en los medios

- Noticias
-  Español
 -  English
 -  Português
 -  Русский
 -  Español
 -  Français
 -  Polski

▪ CONTACTO

DONATE

Obesidad e ictus



Autores:

Maria Baskini MSc, RD, doctoranda

Hariklia Proios, doctora CCC-SLP Prof. Adjunta de Desórdenes Neurocognitivos y Rehab.

El impacto de la obesidad en el ictus es bien conocido y no solo es un factor de riesgo de ictus en las poblaciones adultas de edad avanzada, sino también en las más jóvenes (Mitchell et al., 2015). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se definen como «la enfermedad en la que el exceso de grasa corporal se ha acumulado hasta tal punto que la salud puede verse afectada negativamente» (OMS, 2000). El sobrepeso y la obesidad se miden con el índice de masa corporal (IMC) (Komaroff, 2016). En adultos, se considera sobrepeso un IMC de 25 a 29,9 kg/m² y obesidad un IMC de 30 kg/m² o más. Unas estadísticas recientes revelan que, en la Unión Europea, el 51,6 % de adultos tienen sobrepeso (Eurostat, 2014). Puesto que existe una correlación entre obesidad e incidencia de ictus, los elevados índices de obesidad tienen un gran peso sobre la incidencia de ictus.

Cada vez se hace más patente que la relación entre obesidad e ictus está mediada en parte a través de las enfermedades vinculadas a la obesidad (Suk SH et al., 2003). En otras palabras, tres cuartas partes del mayor riesgo de ictus impuesto por la obesidad se deben a la diabetes mellitus, a la hipertensión y a niveles de colesterol en sangre elevados (Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration et al., 2014). Suk et al. (2003) argumentó que el IMC por sí solo podría no ser un buen indicador del riesgo de ictus. Los investigadores afirmaron que la obesidad abdominal, medida como el índice cintura-cadera (ICC) puede ser un mejor predictor del riesgo de ictus. Factores como el consumo excesivo de alcohol, fumar cigarrillos y una disminución del tejido magro corporal propia de la edad pueden interferir en la relación IMC/ictus y por tanto debilitarse dicha relación. Otros científicos han afirmado la existencia de la paradoja de la obesidad en el ictus (Scherbakov et al., 2011). En otras palabras, los pacientes obesos o con sobrepeso que han padecido un ictus tienen una mortalidad menor que sus contrapartes de peso normal o inferior al normal. La paradoja de la obesidad en el ictus sugiere que el IMC ejerce un efecto protector en la prevención secundaria del ictus. Sin embargo, si se tiene en cuenta la gravedad del ictus, la paradoja de la obesidad disminuye (Dehlendorff et al., 2014).

La obesidad constituye un factor de riesgo modificable en potencia. Esta no solo incrementa el riesgo de diabetes, hipertensión y lípidos en sangre elevados, sino

que también aumenta el riesgo de ictus independientemente, en especial la obesidad abdominal. Por lo tanto, el control del peso es de la máxima importancia a la hora de reducir el riesgo de ictus. Habría que promover un enfoque holístico que ponga énfasis en una dieta equilibrada, ejercicio y cambios de conducta. En lo que respecta a la nutrición, una ingesta baja de ácidos grasos saturados y trans, carbohidratos refinados y sal, a la vez que un aumento en la ingesta de fruta, verdura, alimentos ricos en antioxidantes, potasio y calcio, carbohidratos complejos, ácidos grasos insaturados y seguir una dieta mediterránea o «enfoques dietéticos para detener la hipertensión (DASH en sus siglas en inglés)» parece tener un impacto positivo sobre la incidencia del ictus (Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration et al., 2014; Foroughi et al., 2013).

En resumen, a medida que engordamos, la incidencia de ictus crece proporcionalmente. Para poder contrarrestar de manera efectiva el riesgo de ictus, hay que lograr un peso saludable.

Referencias:

1. Mitchell AB, Cole JW, McArdle PF, et al. Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke* 2015;46:1690-1692. doi:10.1161/STROKEAHA.115.008940.
2. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2000.
3. Komaroff M. For researchers on obesity: Historical review of extra body weight definitions. *Journal of Obesity* 2016;2016:1-9. <https://doi.org/10.1155/2016/2460285>.
4. Eurostat. Overweight and obesity -BMI statistics. 2014. Accedido el 7 de junio. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics.
5. Suk SH, Sacco RL, Boden-Albala B, Cheun JF, Pittman, JG, Elkind MS, Paik, MC. Abdominal obesity and risk of ischemic stroke: The Northern Manhattan Stroke Study. *Stroke* 2003;34:1586-1592.
6. Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration (BMI Mediated Effects) and Lu Y. Hajifathalian K, Ezzati M, Woodward M, Rimm EB and Goodarz D. Metabolic mediators of the

effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1•8 million participants. Lancet 2014;383:970-983.

7. Scherbakov N, Dirnagl U, Doehner W. Body weight after stroke: Lessons from the obesity paradox. Stroke 2011;42:3646-3650.
8. Foroughi M, Akhavanzanjani M, Maghsoudi Z, Ghiasvand R, Khorvash F, Askari G. Stroke and nutrition: A review of studies. International Journal of Preventive Medicine. 2013;4:S165-S179.

Desarrollado por



SAFE se reserva el pleno control sobre el contenido de este sitio web.

Con el apoyo de una beca formativa de



Enlaces

- Condiciones de uso
- Política de privacidad
- Política de cookies
- Contacto

- Facebook
- X
- RSS