

CONGRESO IBEROAMERICANO DE NUTRICIÓN

¿Nutrición basada en la videncia o en la evidencia?



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA



www.renhyd.org



4 de JULIO de 2019

Conferencias Cortas
Temática Libre V

PONENCIA 4

El entorno urbano construido como estrategia de prevención de la diabetes *mellitus* tipo 2

Antoni Colom^{1,2,*}, Maurici Ruiz³, Julia Wärnberg⁴, Javier Baron⁴, Montserrat Compa⁵, Marian Martín^{1,2}, Marga Morey^{1,2}, Dora Romaguera^{1,2}

¹Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ²Institut de Investigació Sanitària Illes Balears, Palma, España.

³Universitat de les Illes Balears, Palma, España. ⁴Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España. ⁵Instituto Español de Oceanografía, Palma, España.

*antonicolom@gmail.com



El incremento de la prevalencia de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) en el mundo es un problema de salud desafiante y representa una crisis global de salud pública (1). Las estimaciones varían según el método y definición utilizados, pero los resultados del mayor estudio español de cohortes prospectivo publicado di@bet.es, cifra la prevalencia de DM2 en un 13,8%, con un 6,8% de DM2 no diagnosticada (2). Además, los más recientes resultados del estudio di@bet.es presentados por el CIBERDEM en el marco del XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes, cifran la incidencia de esta enfermedad metabólica en nuestro país en 11,58 nuevos casos por cada 1000 personas/año, es decir, en un año, 386003 personas desarrollan la enfermedad.

En la investigación de las causas de la enfermedad, hasta hace relativamente poco, la mayoría de los estudios epidemiológicos de DM2 se han centrado en factores a nivel individual tales como la edad, dieta, actividad física o la obesidad. En consecuencia, se han diseñado programas de prevención DM2 destinados a cambiar únicamente el estilo de vida y el comportamiento de las personas siendo estos a menudo ineficaces a largo plazo (3). Sin embargo, siguiendo las lecciones de Geoffrey Rose, conocemos que para identificar y actuar sobre los determinantes de la enfermedad, debemos estudiar las características de las poblaciones y de los entornos en los que viven, no sólo las características de los individuos (4). En términos de cambiar y mantener a

largo plazo un estilo de vida saludable, el entorno en el que convivimos se alza como un factor importante a tener en cuenta (5-7).

Analizando el entorno en el que conviven las personas enfermas, actualmente conocemos la existencia de grandes desigualdades en la carga de DM2 debido a factores sociales. En concreto, las personas con un bajo nivel socioeconómico presentan mayores tasas de DM2 y peor control de la misma (8,9).

Recientemente y con el avance en las técnicas de evaluación geográficas, ha habido un creciente interés en identificar cómo las diversas características de los contextos en los que las personas viven afectan a su salud (10). Los entornos urbanos son excepcionalmente densos e involucran una gran cantidad de características que pueden influir en la distribución de los factores de riesgo a nivel individual (como la dieta o la actividad física), además pueden interactuar también a un nivel superior, con determinantes de salud que influyen los factores de riesgo a nivel individual (11,12). Por lo tanto, las aplicaciones de políticas de salud a este nivel son importantes y pueden influir en un número muy elevado de personas (13).

Una serie de estudios usando registros electrónicos de salud de medio millón de personas en áreas urbanas de Suecia y otros en cerca de medio millón de personas en áreas urbanas de Inglaterra y Gales han destacado que establecer el vínculo entre el estado socioeconómico del vecindario y los resultados de salud es importante ya que tales asociaciones pueden señalar áreas de mayor riesgo de incidencia y control de diabetes resaltando el gradiente social que existe para estos resultados de salud (14,15).

Pese a ello, la capacidad de acción sobre los hallazgos relacionados entre el estado socioeconómico del vecindario y los resultados de la DM2 puede ser menores que sobre otras características que son más susceptibles de ser cambiadas como el entorno construido (16). Por ello, es importante incluir el entorno construido como vía potencial a través de la cual las condiciones de vida representadas por el estatus socioeconómico del vecindario afectan al riesgo de DM2. El entorno construido ha sido definido por el profesor James F. Sallis como el conjunto de entornos físicos creados por el hombre de un área concreta. Para conceptualizar mejor el entorno construido y su asociación con el riesgo de DM2, es necesario incluir las características del entorno construido que pueden tener un efecto sobre la actividad física (entornos promotores de la actividad física), sobre la dieta (entorno alimentario), sobre el hábito tabáquico y el hábito de beber alcohol (ambientes de tabaco y alcohol), y el estrés y la inflamación (ruido, contaminación, tráfico y otras exposiciones).

conflicto de intereses

Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

referencias

- (1) World Health Organization - Global status report on noncommunicable diseases..., 2014. Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility.
- (2) Marcuello C, Calle-Pascual AL, Fuentes M, Runkle I, Soriguer F, Goday A, et al. Evaluation of Health-Related Quality of Life according to Carbohydrate Metabolism Status: A Spanish Population-Based Study (Di@bet.es Study). *Int J Endocrinol. Hindawi*; 2012; 2012(7): 872305-6.
- (3) Teixeira PJ, Carraça EV, Marques MM, Rutter H, Oppert J-M, De Bourdeaudhuij I, et al. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Med. 3rd ed. BioMed Central*; 2015 Apr 16; 13(1): 84.
- (4) Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol. 1985 Mar*; 14(1): 32-8.
- (5) Van Holle V, Deforche B, Van Cauwenberg J, Goubert L, Maes L, Van de Weghe N, et al. Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review. *BMC Public Health. 2nd ed. BioMed Central*; 2012 Sep 19; 12(1): 807.
- (6) Sallis JF, Bull F, Burdett R, Frank LD, Griffiths P, Giles-Corti B, et al. Use of science to guide city planning policy and practice: how to achieve healthy and sustainable future cities. *Lancet. 2016 Dec 10*; 388(10062): 2936-47.
- (7) Osei-Kwasi HA, Nicolaou M, Powell K, Terragni L, Maes L, Stronks K, et al. Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: a DEDIPAC study. *Int J Behav Nutr Phys Act. BioMed Central*; 2016 Jul 28; 13(1): 85.
- (8) Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A, Márquez-Calderón S. Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health Soc Care Community. Wiley/Blackwell* (10.1111); 2010 Nov; 18(6): 572-87.
- (9) Gary-Webb TL, Suglia SF, Tehranifar P. Social epidemiology of diabetes and associated conditions. *Curr Diab Rep. Springer US*; 2013 Dec; 13(6): 850-9.
- (10) Oakes JM, Andrade KE, Biyoow IM, Cowan LT. Twenty Years of Neighborhood Effect Research: An Assessment. *Curr Epidemiol Rep. 2015 Mar*; 2(1): 80-7.
- (11) Christine PJ, Auchincloss AH, Bertoni AG, Carnethon MR, Sánchez BN, Moore K, et al. Longitudinal Associations Between Neighborhood Physical and Social Environments and Incident Type 2 Diabetes Mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *JAMA Intern Med. 2015 Aug*; 175(8): 1311-20.
- (12) Creatore MI, Glazier RH, Moineddin R, Fazli GS, Johns A, Gozdyra P, et al. Association of Neighborhood Walkability With Change in Overweight, Obesity, and Diabetes. *JAMA. American Medical Association*; 2016 May 24; 315(20): 2211-20.
- (13) Franco M, Bilal U, Diez-Roux AV. Preventing non-communicable diseases through structural changes in urban environments. *J Epidemiol Community Health. BMJ Publishing Group Ltd*; 2015 Jun; 69(6): 509-11.
- (14) Sundquist K, Eriksson U, Mezuk B, Ohlsson H. Neighborhood walkability, deprivation and incidence of type 2 diabetes: a

population-based study on 512,061 Swedish adults. Health Place. 2015 Jan; 31: 24-30.

(15) James GD, Baker P, Badrick E, Mathur R, Hull S, Robson J. Ethnic and social disparity in glycaemic control in type 2 diabetes; cohort study in general practice 2004-9. J R Soc Med. SAGE

PublicationsSage UK: London, England; 2012 Jul; 105(7): 300-8.
 (16) Diez-Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? Rev Epidemiol Sante Publique. 2007 Feb; 55(1): 13-21.

