

CONFERENCIA

La Nutrición y la Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT)

PERSPECTIVA EN NUTRICIÓN HUMANA
ISSN 0124 - 4108
Separata 40 años. Agosto 2005
Universidad de Antioquia Medellín, Colombia

Gloria Cecilia Deossa R. Nutricionista Dietista
Especialista en Nutrición Humana

Los hábitos alimenticios y el modo de vida se han relacionado con la epidemia creciente de enfermedades crónicas (EC), la cual ocurre tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Existen progresos científicos considerables en diferentes áreas, los cuales fueron objeto de revisión por los expertos, quienes consideran que cada vez, se dispone de: mejores datos epidemiológicos en cuanto a factores de riesgo, mayores resultados de ensayos clínicos con testigos, mayor claridad en los mecanismos que causan las enfermedades crónicas, e intervenciones que ayudan a reducir los riesgos de padecer dichas enfermedades y la secuenciación del genoma, el cual generara muchos avances en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Pero, acontecimientos tales como la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de mercados están ejerciendo un gran impacto en la salud y en el estado nutricional (E N) tanto en países en desarrollo, como en transición, ocasionando un aumento de ECNT, entre las que se destacan la obesidad, la Diabetes Mellitus, las alteraciones Cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer, causando discapacidad y muerte prematura. La alimentación juega un papel muy importante tanto en la prevención como en la causa de dichas enfermedades.

Es muy notable, cómo en muchos países en desarrollo, las políticas alimentarias se centran solo en la desnutrición y no consideran la prevención de las ENT.

El informe técnico 916 de 2003, enfatiza principalmente sobre la actividad física y su influencia sobre las ENT:

- La disminución del gasto calórico secundaria a la reducción en la actividad física es uno de los factores contribuyentes para la aparición de sobrepeso y obesidad.
- La actividad física determina la composición corporal.
- La actividad física y los nutrientes comparten en gran medida las mismas vías metabólicas que influyen en el riesgo y en las causas de las EC.
- Se ha comprobado que un buen estado cardiovascular y la actividad física reducen los riesgos que pueden tener las personas con exceso de peso.
- La falta de actividad física es considerada un factor de riesgo para la salud mundial.

TENDENCIA Y PROYECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Casi el 30% de la humanidad sufre en la actualidad una o más de las múltiples formas de malnutrición. El 23.8% de los recién nacidos (RN) presentaron retraso en el crecimiento intrauterino, generando repercusiones en la salud pública. Según acuerdo con reportes estadísticos para el año 2001, las EC fueron responsables del 60% de las defunciones notificadas en el mundo (56,5 millones). Se prevé que para el año 2020 la tendencia es que las EC aumenten en un 57%. El número de personas con diabetes mellitus en países en desarrollo se multiplicará por más de 2.5 y se prevé un aumento de 228 millones para el año 2025. Casi la mitad de las

enfermedades crónicas son cardiovasculares y tanto la obesidad como la diabetes mellitus se presentan cada vez más en etapas tempranas de la vida.

OSTEOPOROSIS

El hueso es una estructura viva y activa, que continuamente se está remodelando mediante la formación de nuevo tejido y eliminación del antiguo. Esta remodelación puede verse afectada por deficiencias y excesos nutricionales.

La osteoporosis se presenta como una disminución de la masa ósea y de su resistencia mecánica, siendo la principal causa de fracturas óseas en mujeres después de la menopausia y en ancianos. La osteoporosis no tiene un comienzo bien definido. En la dieta occidental, la leche es el alimento que aporta la mayor cantidad de calcio, y los vegetales que aportan cantidades de magnesio, potasio, vitamina C y otros constituyentes que pueden contrarrestar la carga ácida generada por el alto consumo de proteínas cuyo exceso en el consumo al igual que el de sal, incrementa la excreción del calcio.

DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS A TRAVÉS DE LA VIDA

Los alimentos consumidos a lo largo de la vida definen en gran medida las condiciones de salud, el crecimiento y el desarrollo de los seres humanos. Los expertos han retomado el concepto del ciclo vital humano, identificado 5 etapas en las cuales existen diversos riesgos para el desarrollo de EC.

- Desarrollo fetal y entorno materno
- Lactancia

- Niñez y adolescencia
- Edad adulta
- Envejecimiento y ancianidad

DESARROLLO FETAL Y ENTORNO MATERNO

En esta etapa los factores que influyen en el desarrollo de EC son:

- Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)
- Parto prematuro de un bebe con crecimiento normal para la edad gestacional
- Sobre nutrición in útero
- Factores intergeneracionales, como la obesidad de los progenitores, la diabetes gestacional y el peso de la madre al nacer son determinantes de las EC en el futuro. Las niñas que crecen poco se convierten en mujeres poco desarrolladas y aumentan la probabilidad de dar a luz niños con bajo peso, que luego continuarán el ciclo, de igual forma un bajo peso al nacer en la madre se asocia con mayor presión arterial en su descendencia.
- El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) se asocia a un mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes e hipertensión arterial.

La causa posiblemente subyacente de dichas enfermedades se atribuye a un crecimiento fetal restringido seguido de uno posnatal muy rápido de recuperación.

- Con la macrosomía existe un mayor riesgo de diabetes mellitus, de enfermedades cardiovasculares, al igual que de cáncer de mama y de tumores malignos.

LACTANCIA

Tanto el retraso en crecimiento como un aumento excesivo en peso y en talla pueden incidir en el aumento de enfermedades crónicas.

También existe asociación entre el retraso del crecimiento al año y un aumento en el riesgo de cardiopatía, independiente del tamaño al nacer.

La presión arterial (PA) alcanza valores más altos en individuos con retraso del crecimiento fetal y con un mayor aumento de peso durante la lactancia.

La baja estatura, producto de la situación socioeconómica en la niñez, también se asocia con un mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y diabetes mellitus.

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Existe relación entre la aparición de obesidad en etapas tempranas de la vida y en la edad adulta con el riesgo de ciertos tipos de cáncer.

El aumento de la tensión arterial en la niñez causa cambios orgánicos y anatómicos asociados al riesgo cardiovascular, como son la reducción en la elasticidad arterial, el aumento en el tamaño de la masa ventricular y el aumento hemodinámico del gasto cardíaco y de la resistencia periférica.

La hipertensión arterial en esta etapa se asocia a estilos de vida poco saludables, a

una ingesta excesiva de grasas saturadas y grasa total, de colesterol y de sal. De igual forma una ingesta insuficiente de potasio y la disminución en la actividad física, que incrementan el riesgo de hipertensión. En los adolescentes se suma el tabaquismo y el consumo de licor como otros factores de riesgo. Los niños que desarrollan obesidad a los 13 años presentan un mayor riesgo de desarrollar hipertensión al llegar a la edad adulta.

EDAD ADULTA

Existen algunos interrogantes durante esta etapa de la vida

- En que medida los FR siguen siendo importantes en el desarrollo de EC?
- En que medida la modificación de los FR influye en la aparición de las EC?
- Cual es la función de la reducción y la modificación de los FR en la prevención secundaria y el tratamiento de la personas con estas enfermedades?

En esta etapa de la vida se expresan la mayoría de las enfermedades crónicas y se considera como un período crítico para reducir los factores de riesgo y de igual forma aplicar los tratamientos eficaces. Cada vez se dispone de nueva información sobre factores emergentes relacionados con la dieta, como la homocisteína, cuya elevación en sangre a consecuencia de dietas bajas en folato, B12 y B6, se convierte en un factor de riesgo cardiovascular.

ENVEJECIMIENTO Y ANCIANOS

La mayoría de las EC se manifiestan principalmente en esta etapa de la vida, las modificaciones de factores de riesgo, la

práctica del ejercicio y una alimentación saludable trae beneficios cardiovasculares y por ende para la prevención de las EC. Y enfermedades discapacitantes.

Estudios en personas mayores han mostrado los beneficios de una alimentación variada, del mantenimiento del peso, y el consumo de por lo menos cinco porciones de frutas y verduras, en reducción de las enfermedades ateroscleróticas en un 30%. Esta población por estar mas expuesta a un mayor riesgo cardiovascular, se beneficia de manera significativa con las modificaciones en el estilo de vida.

DESARROLLO URBANO Y AUMENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Cada vez más personas viviendo en los países en desarrollo padecen enfermedades crónicas, las cuales se asociaban más a países ricos y desarrollados. Según el informe, esto se debe en gran parte al desarrollo urbano creciente, ocasionando la inmigración de los habitantes de las zonas rurales hacia las ciudades, donde las dietas son mas ricas en energía, grasas saturadas y carbohidratos refinados. Este repentino cambio en la dieta, combinado con un estilo de vida sedentario, trae graves consecuencias para los grupos pobres de la población urbana.

Muchas de las muertes por enfermedades crónicas obedecen a factores de riesgo que son prevenibles, como son:

- Tensión arterial alta
- Cifras de colesterol elevadas
- Obesidad

- Sedentarismo

Expertos en el tema de la nutrición, como el Dr. Uauy afirma que "no todas las grasas ni todos los carbohidratos son iguales y vale la pena conocer la diferencia".

Añade que "la gente debería comer menos alimentos hipercalóricos, especialmente los alimentos ricos en grasas saturadas y azúcar; realizar más actividad física; consumir preferiblemente grasas no saturadas, y menos sal; aumentar el consumo de frutas, hortalizas y leguminosas y dar prioridad a los alimentos de origen vegetal y marino".

Según expertos, una dieta con abundantes frutas y hortalizas, ricas en micronutrientes fortalecen el sistema inmune, y ayudan a prevenir la aparición de enfermedades crónicas al igual que a combatir las enfermedades infecciosas.

SUGERENCIAS PARA EL CONSUMO DE MACRONUTRIENTES

El informe de los expertos sugiere que las grasas deberían representar entre el 15% y el 30% de la ingesta energética diaria total, y las grasas saturadas deberían constituir menos del 10%. En cuanto a la distribución de los tipos de grasa se hace la siguiente recomendación: Ácidos grasos poliinsaturados: 6-10% (omega-6: 5-8%, omega-3: 1-2%), Ácidos grasos trans: < 1% de las calorías. Colesterol < 300 mg/día.

Los carbohidratos deberían satisfacer la mayor parte de las necesidades energéticas y representar entre el 55% y el 75% de la ingesta diaria, mientras que los azúcares refinados deberían constituir menos del 10%. Las proteínas deberían aportar entre el 10% y el 15% de las

calorías, y la sal debería limitarse a menos de 5 g por día.

La ingesta de frutas y hortalizas debería incrementarse hasta alcanzar por lo menos 400 g por día.

El informe destaca que las enfermedades crónicas no sólo son consecuencia de comer en exceso, sino también del desequilibrio en la dieta, y menciona que una elevada ingesta de sal es un factor que favorece la tensión arterial alta, mientras que las grasas saturadas contribuyen a elevar las cifras de colesterol.

La actividad física es un factor esencial para determinar el gasto diario de energía fundamental para el equilibrio energético y el control de peso.

Según el informe, para mantener un peso corporal sano, especialmente en el caso de las personas que pasan la mayor parte de su tiempo sentadas, es necesario dedicar una hora por día, casi todos los días de la semana, a alguna actividad física moderada, como por ejemplo, caminar.

CRITERIOS GENERALES PARA DIALOGAR CON LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS

- Dar mensajes claros y honestos dirigidos a la población en general y en especial a niños y adolescentes.
- Promover un menor consumo de grasa saturada, e incentivar un mayor consumo de frutas y verduras,
- Disponer de un etiquetado eficiente y claro, Junto con incentivos para comercializar y producir alimentos más saludables,

El mensaje que queda es: Menos grasas saturadas, azúcar y sal y más frutas, hortalizas y actividad física para prevenir las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y la obesidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las EC son en gran medida prevenibles, el enfoque de salud pública de la prevención primaria es la acción mas económica, accesible y sostenible para el control de las mismas.
- Se debe asegurar un entorno nutricional posnatal suficiente y adecuado.
- La prevención secundaria mediante dieta y actividad física es una estrategia complementaria que retrasa la progresión de las EC existentes y disminuye la morbilidad y mortalidad.
- Estudios poblacionales revelan que se pueden evitar hasta un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y hasta 90% de DM2 con cambios en el estilo de vida.
- En 2002 la Asamblea Mundial de Salud solicitó a los estados miembros a colaborar con la OMS para "elaborar una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud".
- Un buen conocimiento de la comunidad «diagnóstico comunitario», la colaboración estrecha con las distintas organizaciones comunitarias y la plena participación de la población, se consideran como los elementos esenciales de todo programa comunitario y de intervención. Existen experiencias exitosas como es el caso de lo ocurrido en la población de Karelia del Norte (Finlandia), en donde las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria descendieron entre los años 1960 a 1995. La estrategia que se implementó consistió en orientar el régimen alimenticio hacia la disminución del colesterol total y las cifras tensionales. La disminución se logró por las acciones emprendidas por la misma comunidad y por la presión que ejercieron los consumidores a la industria de alimentos.
- Los programas comunitarios de intervención deberían combinar la difusión de mensajes bien planificados en los medios de información junto con la realización de una amplia gama de actividades comunitarias, en las que convergerían servicios de atención primaria, organizaciones humanitarias, la industria alimentaria, los supermercados, las empresas, las escuelas y los medios de comunicación locales, entre otros.
- Para obtener un resultado razonable se requiere una «dosis» eficaz de intervención. Hay que idear formas costo eficaces de intervención, sobre todo para los países en desarrollo.
- La fuerza de todo programa comunitario de intervención radica en el énfasis que ponga físico la comunidad en el cambio del entorno social, a través de la adopción de modos de vida sanos o que fomenten mayor salud. Las decisiones políticas para el apoyo a estos programas son determinantes.
- Un sistema de vigilancia y evaluación satisfactorio y confiable, tanto para asegurar un monitoreo permanente de los cambios como para hacer

evaluaciones periódicas más amplias, se consideran como un componente esencial de todo programa comunitario.

- Los grandes programas de intervención comunitaria no solo benefician a la comunidad destinataria sino que, por el ejemplo que brindan, pueden tener también amplia repercusión nacional. Para ello conviene dar amplia difusión a los resultados de la experiencia y de la evaluación, y asegurar que haya un estrecho contacto entre el proyecto y los organismos nacionales.
- La “alfabetización” mundial en salud y nutrición exige un gran aumento de la atención y los recursos.
- Las políticas deben favorecer a los

pobres y estar bien focalizadas, ya que esta población está expuesta a un mayor riesgo y tienen menos poder para cambiar las cosas.

En cuanto a propuestas de intervención se hace énfasis en que los progresos en comunicación favorecen el contacto con quienes padecen la enfermedad, permiten ampliar la atención a la familia, para lograr mayor apoyo. Se debe implementar un modelo de atención que estimule al paciente a ser protagonista de su cuidado.

Esta conferencia se basó en el informe técnico 916 de marzo de 2003 de la FAO/OMS, titulado: NUEVO INFORME SOBRE DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Nuevo informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. 3 de marzo de 2003, Roma/Ginebra. Serie de informes técnicos 916
2. Téllez, A. Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. Rev. méd. Chile v.132 n.12 Santiago dic. 2004. 1453-5.
3. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos No 6, 2002
4. http://www.fao.org/index_es.htm. Acceso mayo 12 de 2005.
5. <http://www.fao.org/spanish/newsroom/news/2003/14683-es.html>
Acceso mayo 12 de 2005.
6. Shapiro J. S., Kessler K. M., Stampfer M. J., Hu F. B., Willett W. C. Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through Diet and Lifestyle. N Engl J Med; 343:1814-1815, Dec 14, 2000.
7. Hu F, Manson J, Stampfer M, Colditz G, Liu S, Solomon C, and Walter Willett W. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women N Engl J Med. <http://content.nejm.org/content/vol345/issue11/index.shtml> 345:790-797, Sept 13, 2001.