

PAUTAS ALIMENTARIAS PARA UNA BUENA SALUD

Dr. Jaime Pajuelo Ramírez

INTRODUCCIÓN

Históricamente la alimentación en el mundo ha venido sufriendo cambios sustantivos, íntimamente relacionados a los cambios que están sufriendo las diferentes sociedades. Estas transformaciones se vienen dando con una mayor intensidad en aquellos países que han alcanzado un alto desarrollo.

El mero hecho de las modificaciones que se dan en la manera de alimentarse trae aparejada una repercusión positiva o negativa en el estado de salud.

Existen países que velan por el bienestar y la salud de su población como medio de mantener su capital productivo, y de orientar sus recursos en el campo de la prevención y promoción de la salud más que en el aspecto recuperativo, dado que este último representa económica y socialmente un gasto difícil de soportar.

Es en este sentido que los países desarrollados enfrentan una problemática de salud diferente a la de los países en subdesarrollo. En los primeros, su perfil epidemiológico está orientado a las enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias y algunos tipos de cánceres); y en los segundos a problemas infecciosos. Lo interesante de esta diferencia es que las enfermedades crónicas se encuentran más relacionadas al tipo de alimentación y las otras a problemas de saneamiento básico.

ANTECEDENTES

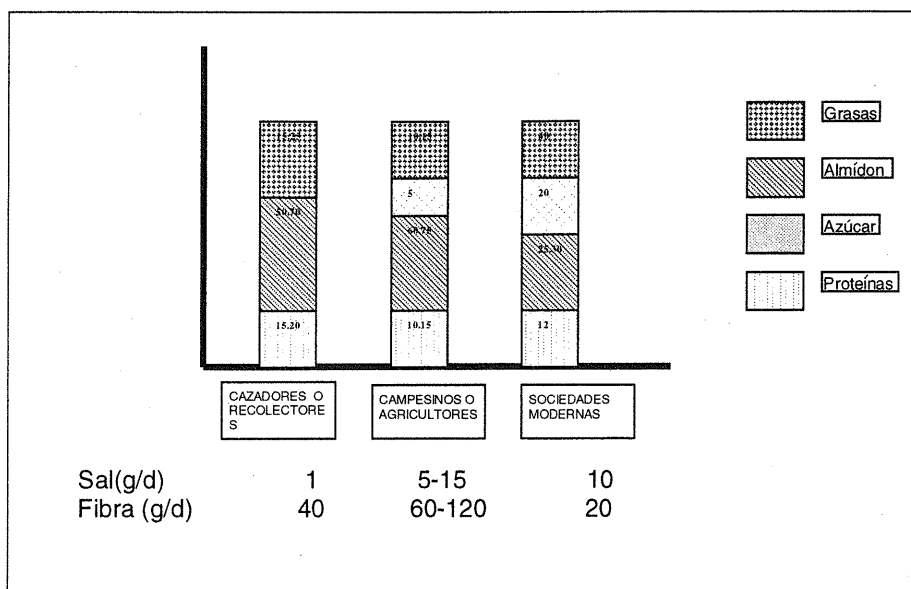
Dentro de esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió a una gran cantidad de expertos con la finalidad de poder estudiar y documentar esta relación alimento-enfermedad con el propósito de elaborar una serie de recomendaciones que permitan preservar la salud sobre todas las cosas (1).

El grupo de estudio mostró los cambios históricos que se habían dado en la composición de la forma de alimentarse. Con estos fines el mundo fue dividido en tres grandes momentos, el primero se relacionó a la época de los cazadores y recolectores donde primaba una alimentación en base a lo que se conoce como almidones sin procesar, lo que conllevaba a una gran cantidad de fibra dietaria, por otro lado la cantidad de sal era muy pequeña y prácticamente los azúcares refinados no existían. Para esa época la gente se enfermaba y moría fundamentalmente por causas infecciosas y por la violencia. El segundo período, de los campesinos o agricultores se caracterizaba fundamentalmente por dos aspectos negativos, la introducción de los azúcares refinados y el incremento en el consumo de sal y por último la tercera época dada por las sociedades modernas, período que abarca los últimos doscientos años.

En este período se dan cambios sustanciales en la forma de alimentarse, siendo éste muy rico en grasas, especialmente las saturadas, una gran disminución de la ingesta de almidones y por consecuencia de fibra dietaria, una mayor presencia de los azúcares refinados y el mantenimiento de la cantidad de sal.

En la figura 1 se puede objetivizar claramente estos cambios.

HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN



Fuente OMS Serie de información técnica 797-1991

Como el mundo está conformado por sociedades heterogéneas, no se puede pensar que todos han optado por esta forma de alimentarse y por ende las consecuencias que trae esta cultura alimentaria se da sólo en aquellas sociedades que realmente han alcanzado una modernidad o, dicho en otras palabras, una gran tecnología y desarrollo.

Lo interesante del estudio es la demostración que aquellos países que definitivamente han optado por las dietas modernas o afluentes, son los que presentan un perfil epidemiológico donde las mayores causas de morbilidad y mortalidad están relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles. Estos países tienen como común denominador el haber alcanzado un gran desarrollo tecnológico y económico.

Las dietas modernas o afluentes se caracterizan por contener una gran cantidad de grasa a predominio de grasa saturada, gran cantidad de azúcares refinados, mucha sal y muy poca fibra dietaria. Si a esto le agregamos que cada vez, y como consecuencia de la modernidad, nos estamos volviendo más sedentarios es lógico suponer que con el tiempo nuestros problemas de

salud más frecuentes serán la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad, la hipertensión arterial y las dislipidemias (colesterol y triglicéridos), entre otras.

Nuestro país no se encuentra dentro de los países mencionados, pero eso de ninguna manera lo excluye del problema por la sencilla razón que este tipo de formas de alimentarse no son estáticas para determinadas sociedades sino que se encuentran dentro de un proceso dinámico que se conoce con el nombre de transición epidemiológico nutricional. Dicho en otras palabras, en el Perú coexisten grupos poblacionales que han variado su estructura de hábitos alimentarios optando por los arriba mencionados y otros que aún mantienen lo tradicional. Un ejemplo muy gráfico de lo mencionado es el incremento que en estos últimos 15 años, se ha dado en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos, principalmente en la obesidad (2) y por otro lado el observar la coexistencia de desnutrición crónica con el sobrepeso y la obesidad en niños (3-4), y en estos últimos la gran prevalencia de dislipidemias (5).

RECOMENDACIONES

Como producto de todo el estudio de la OMS, y haciendo uso de su responsabilidad ha recomendado las nuevas metas nutricionales, que tienen como propósito muy definido el prevenir y promover la buena salud.

A grandes rasgos mencionaremos lo mas sustantivo:

1. Mantener un peso dentro del rango de normalidad.
2. Disminuir la grasa saturada.
3. Incorporar grasa insaturada.
4. Aumentar el consumo de almidones no refinados.
5. Aumentar el consumo de alimentos que contengan fibra dietaria.
6. Disminuir el consumo de sal.
7. Disminuir el consumo de azúcares refinados.
8. Combatir el sedentarismo.

De alguna manera, en los países desarrollados como Estados Unidos se está viendo las bondades de estas recomendaciones en relación a los biomarcadores de obesidad y el riesgo de enfermedades cardiovasculares (6).

CONSEJOS NUTRICIONALES

Estos consejos tienen como propósito el convertir las recomendaciones de la OMS, en palabras mucho más comprensibles para que así

puedan cumplirse mejor. El objetivo es que se tenga una alimentación de calidad que proteja la salud y por ende mejore la calidad de vida.

1. Desplazar el pan francés por pan integral o tostadas integrales (7).
2. Aumentar la ingesta de aceitunas (8) bien lavadas con el propósito de quitarles la sal.
3. Comer ensalada de verduras (9-10), preferentemente elegir las que se puedan ingerir crudas. Agregarle jugo de limón (11), poca sal (12) y una cucharadita de aceite de oliva (8).
4. Comer dos frutas al día (9-10).
5. Dentro de las carnes, preferir las de pescado (8-13).
6. Elegir para sus frituras los siguientes aceites: maíz, girasol o soya (8-13)
7. Disminuir el consumo de sal (12).
8. Disminuir el consumo de azúcar.
9. Caminatas de 30 minutos, todos los días, aparte de lo que camina diariamente (14).

En el Reino Unido, el año de inflexión ha sido 1970, a partir de ese año se viene consumiendo menos energía y grasa, pero paradójicamente se observa un incremento de la obesidad y la respuesta está en que a partir de ese año se ha dado un incremento en la venta de autos, aparatos de televisión y se ha incrementado las horas de ver TV. Esto es una demostración muy clara que el sedentarismo es un enemigo a combatir (15).

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Serie de Informes Técnicos 797. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. 1991.
2. Pajuelo J. La obesidad en el Perú. Cuadernos de Nueva Perspectiva. Alimentación y Nutrición No. 1. 1997.
3. Pajuelo J., Morales H., Novak A.. La desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en niños de 6 a 9 años en áreas urbanas del Perú. Diagnóstico 2001;40:202-209.
4. Pajuelo J., Villanueva ME., Chávez J.. La desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en niños de 6 a 9 años en áreas rurales del Perú. An Fac Med 2000;61:201-206.
5. Pajuelo J., Rocca J., Gamarra M.. La obesidad infantil: características antropométricas y bioquímicas. VI Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis. La Habana-Cuba 2001.
6. Fung T., Rimm E., Spiegelman D., et. al. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. Am J Clin Nut 2001;73:61-7.
7. Van Horn L.. Fiber, lipids, and coronary heart disease: a statement for healthcare professional from the Nutrition Committee, American Heart Association. Circulation 1997;95:2701-4.
8. National Cholesterol Program. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Circulation 1994;89:1333-1445.
9. Gillman M., Cupples L., Gagnon D. et. Al.. Protective effect of fruits and vegetables on development of stroke in men. JAMA 1995;273:1113-7.
10. Appel L., Moore T., Obarzanek E. et. Al.. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure: DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med 1997;336:1117-24.
11. Knekt P., Reunanen A., Javinen R. Et. al.. Antioxidant vitamin intake and coronary mortality in a longitudinal population study. Am J Epidemiol 1994;139:1180-89.
12. Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure: the Trial of Hypertension Prevention, Phase II. Arch Intern Med 1997;157:657-67.
13. Krauss R. et. Al.. AHA Dietary Guidelines. Revision 2000: A Statement for Healthcare Professionals From the Nutrition Committee of the American Heart Association. Circulation;2000;102:2284-99.
14. Pate R., Pratt M., Blair S. et. al.. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402-7.
15. Prentice AM., Jebb SA.. Obesity in Britain: gluttony or sloth. British Medical Journal 1995;311:437-439.