

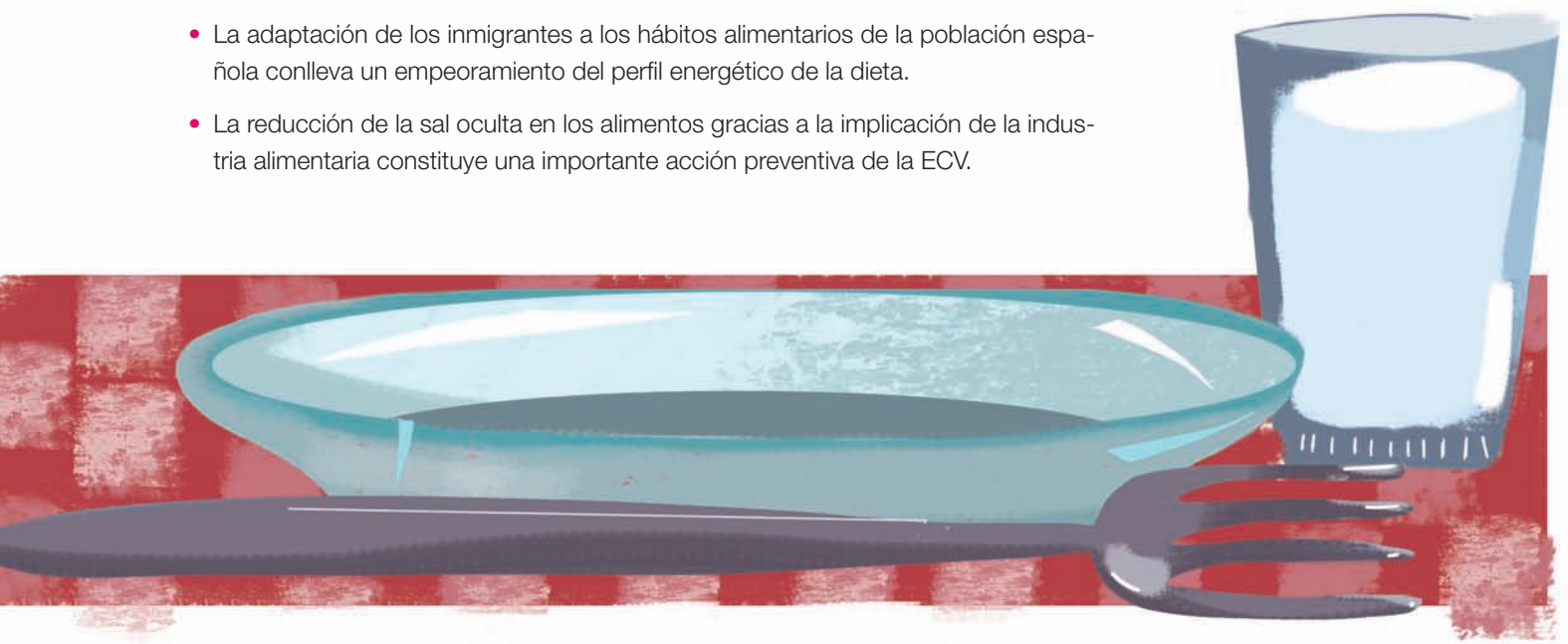
5. Situación y problemática nutricional en España y su relación con la salud

ROSAURA FARRÉ ROVIRA



Conceptos clave

- Una elevada disponibilidad de alimentos no garantiza una dieta suficiente, equilibrada y adecuada.
- Se ha producido un aumento de la esperanza de vida gracias a la mejora en la alimentación y en las condiciones higiénico-sanitarias.
- Existe un incremento de la incidencia de EC relacionadas con la baja calidad de la dieta y el estilo de vida.
- Los riesgos que un comportamiento alimentario inadecuado conlleva para la salud son 100 veces mayores que los relacionados con la contaminación de los alimentos.
- Seis de los siete principales factores de riesgo de muerte prematura (tensión sanguínea, colesterol, IMC, ingesta inadecuada de frutas y verduras, inactividad física y abuso de alcohol) se relacionan de alguna manera con la alimentación y la AF.
- La prevalencia de la obesidad en España es de alrededor del 25%.
- El principal problema nutricional de los niños españoles es la obesidad.
- El riesgo de malnutrición en ancianos españoles indica la necesidad de incluir la evaluación nutricional en los protocolos de atención de las personas mayores.
- La adaptación de los inmigrantes a los hábitos alimentarios de la población española conlleva un empeoramiento del perfil energético de la dieta.
- La reducción de la sal oculta en los alimentos gracias a la implicación de la industria alimentaria constituye una importante acción preventiva de la ECV.



(1)

FAO/OMS. Comité conjunto de expertos. *Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas*. Informes Técnicos 916. Ginebra, 2003. <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>

(2)

WHO. *European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012*. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf

(3)

UE. Portal de Salud Pública de la Unión Europea. http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/nutrition/index_en.htm

(4)

UE. Libro blanco. *Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*. Bruselas, 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_es.pdf

1 • Estado de salud y su relación con la dieta y el estilo de vida

A partir de la segunda mitad del siglo XX se dispone en los países industrializados de más alimentos y con mayores garantías sanitarias que nunca, lo cual, sumado a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias, ha favorecido el aumento de la esperanza de vida. De forma paralela, se produce un incremento de la incidencia de EC relacionadas con la baja calidad de la dieta y el estilo de vida (sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol)⁽¹⁾.

Por otra parte, existen pruebas de la asociación (positiva o negativa) entre las EC no transmisibles más comunes en la población española y el consumo de algunos alimentos o componentes de los mismos. Así, la obesidad se asocia de forma positiva a la ingesta de alimentos de elevada densidad energética, y de forma negativa a la de FD y sus fuentes (vegetales y frutas). La ECV, por su parte, se asocia de forma positiva a la ingesta de AGS, AG *trans* y sodio, y de forma negativa con el ácido linoleico, los AGP n-3 de cadena larga, el potasio y las frutas y vegetales. Por otro lado, el consumo de azúcar se relaciona de forma positiva con la caries dental⁽¹⁾.

Éstas y otras asociaciones entre el estilo de vida (dieta y ejercicio físico) y las enfermedades no transmisibles se hallan en el origen de los distintos planes europeos de acción para la alimentación y nutrición (2000-05) y las políticas alimentarias y nutricionales (2007-12)⁽²⁾ que tienen por objetivo la salud, la nutrición y la seguridad alimentaria en lo que concierne a una adecuada disponibilidad de alimentos que cumplan las garantías sanitarias^(3,4).

Áreas prioritarias

- Obesidad.
- EC.
- Deficiencias de micronutrientes.

Se constata que, a pesar de las políticas de nutrición y seguridad alimentaria implantadas en los países europeos, la carga de las enfermedades asociadas a una alimentación no adecuada aumenta, principalmente como consecuencia de la epidemia de obesidad. De forma paralela, las enfermedades transmisibles por alimentos siguen constituyendo un reto para los sistemas europeos de salud^(3,4).

Aunque hoy es de conocimiento general que para gozar de buena salud se requiere una dieta suficiente y equilibrada, junto con la práctica regular de AF, la población europea consume demasiada energía y es bastante sedentaria, causas responsables del aumento continuado de las tasas de sobrepeso y de obesidad, en especial en los niños, según se pone de manifiesto en el *Libro Blanco. Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*⁽⁴⁾.

Principales acciones a emprender

- Mejora de la nutrición y de la seguridad alimentaria en las primeras etapas de la vida.
- Garantía de un suministro alimentario seguro, saludable y sostenible.
- Información y educación a los consumidores.

Es importante recordar que seis de los siete principales factores de riesgo de muerte prematura (tensión sanguínea, colesterol, IMC, ingesta inadecuada de frutas y verduras, inactividad física y abuso de alcohol) tienen relación con la forma de comer y beber y con el ejercicio físico (Figura 1).

De ahí que la nutrición y la AF sean prioridades clave en las políticas de Salud Pública de la UE. Ello requiere aunar esfuerzos y crear sinergias implicando todos los actores interesados (operadores económicos, sociedad civil y medios de comunicación) y es el objetivo de la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud. Se trata de un foro para organizaciones europeas, que van desde la industria alimentaria a las ONG de protección de los consumidores, dispuestas a hacer frente a las tendencias actuales en materia de dieta y AF^(5,6).

El informe europeo sobre nutrición y salud 2009⁽⁷⁾ ha recopilado la información fiable, inédita o publicada, relativa a la nutrición y el estado de salud en los países de la UE con el objetivo de proporcionar una visión global y actualizada, que contribuya a la identificación de los principales problemas nutricionales y de salud y permita evaluar las políticas alimentario-nutricionales vigentes, así como a formular otras nuevas.

Se comprueba que en Europa las políticas alimentario-nutricionales una vez garantizado el suministro de cantidades suficientes y seguras de alimentos, se ocupan en intervenciones relacionadas con la seguridad alimentaria y la prevención de trastornos de salud relacionados con la alimentación y la nutrición.

Se constata asimismo lo ya señalado, que **el sobrepeso y la obesidad constituyen la principal amenaza para la salud de la población europea**. Ya afecta a los niños, alcanzando el 36% en niñas españolas de 10-14 años de edad, y en niños italianos de 7-9 años. Al aumentar la edad, aparecen diferencias en función del género, disminuyendo el porcentaje en las niñas en comparación con los niños, diferencia que en la mayoría de países se mantiene en la edad adulta. En el contexto de este capítulo uno de los aspectos de mayor interés del informe es la alarmantemente elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los países,

(5) UE. Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud. http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform/index_es.htm

(6) OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

(7) Elmadfa I (ed.). A European Nutrition and Health Report 2009. Ann Nutr Metab 2009;55(suppl 2):1-40. <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=showproducts&searchWhat=books&ProduktNr=251591>

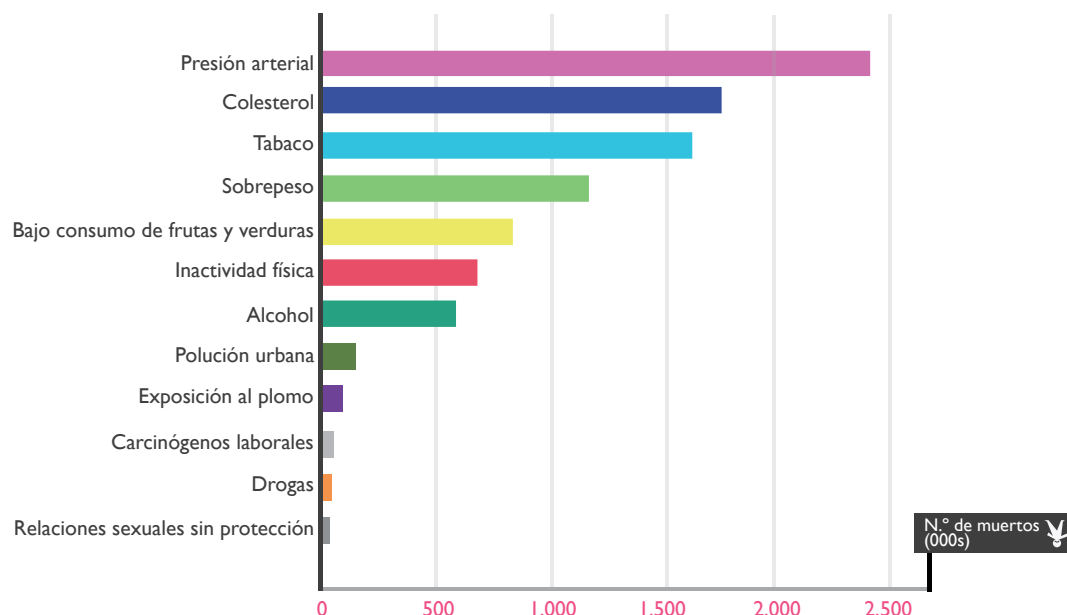


Figura 1. Principales factores de riesgo de mortalidad en Europa. 2000⁽³⁾

(7)

Elmadfa F (ed.). A European Nutrition and Health Report 2009. *Ann Nutr Metab* 2009;55(suppl 2):1-40. <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=showproducts&searchWhat=books&ProduktNr=251591>

(8)

Verhagen H, Vos E, Franc S y col. Status of nutrition and health claims in Europe. *Arch Biochem Biophys* 2010;50:6-15.

sin diferencias regionales importantes en grupo de edad alguno. En relación al informe anterior, cabe señalar un aumento de la contribución de los alimentos de origen animal al aporte energético total, que sin duda contribuye al incremento en el consumo de grasa y ésta a su vez de la obesidad.

En lo que concierne a los nutrientes minoritarios, se detectan **bajas ingestas de vitamina D y de folatos** en casi todos los grupos de edad, así como ingestas, en general bajas, de **calcio, magnesio y hierro en las mujeres**, y para algunos grupos de edad las bajas ingestas de **yodo**. En tanto que la cantidad de sodio ingerida, en forma de cloruro sódico, es superior a las recomendaciones en todos los países y grupos de edad con el riesgo de hipertensión que elevadas ingestas de sodio conllevan.

La mayoría de las muertes se atribuyen a ECV y neoplasmas malignos. La prevalencia de DM oscila entre el 2,9% en el Reino Unido y el 8,9% en Chipre.

En cuanto a la AF realizada durante el tiempo de ocio se observa un gradiente ascendente de sur a norte asociado a la edad y al nivel de educación.

Todos los países participantes en el estudio tienen implantadas estrategias que se ocupan de las principales áreas de salud y nutrición, aunque en algunos casos no dispongan de una verdadera política alimentario-nutricional.

Se pone asimismo de manifiesto la necesidad de realizar evaluaciones bioquímicas del estado nutricional que permitan conocer de forma más exacta y completa el estado nutricional de la población⁽⁷⁾.

2 • Patrón alimentario de la población española

En los hábitos y el patrón alimentario de la población influyen factores individuales (tradición, gustos, cultura) junto con los factores socioeconómicos y medioambientales (entre otros, la asequibilidad, disponibilidad, calidad y seguridad de los alimentos). Factores estos últimos que vienen determinados a su vez por las políticas alimentario-nutricionales. Durante las últimas décadas la disponibilidad de los alimentos en los mercados españoles ha crecido de forma extraordinaria, tanto en cantidad como en variedad, situación que por una parte facilita la compra de alimentos y por otra obliga a una mayor información y formación del consumidor para una adecuada selección de los mismos.

La importancia de la preparación de una dieta adecuada se pone de manifiesto si se considera que los riesgos que conlleva para la salud un comportamiento alimentario inadecuado superan en unos dos órdenes de magnitud los riesgos relacionados con la contaminación de los alimentos⁽⁸⁾, aspecto al que habitualmente se concede mayor importancia.

En los países industrializados, como es el caso de España, el consumo en exceso de determinados nutrientes provoca un desequilibrio alimentario que se asocia a un mayor riesgo de obesidad y EC no transmisibles (DM, HTA, caries dental, ECV y ciertos tipos de cáncer).

Por todo ello, para conocer el estado nutricional de la población española es básico saber cuál es su patrón alimentario y los cambios que ha experimentado en los últimos años, pues en parte serán responsables de la epidemia de sobrepeso y obesidad.

Desde hace más de 20 años, el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (MAAMA, antes MAPA) realiza el Panel de Consumo Alimentario⁽⁹⁾, que proporciona información sobre la alimentación en el hogar y fuera de éste (hostelería y restauración). Es una excelente herramienta para conocer el patrón alimentario, identificar patrones dietéticos, estudiar la evolución de la alimentación y detectar sus puntos fuertes y débiles. Además, al abarcar dos décadas permite el seguimiento de la alimentación de la población española en este periodo de tiempo. Con estos datos, la Fundación Española de la Nutrición⁽¹⁰⁾ ha evaluado la disponibilidad de alimentos per cápita y día para la población española, estimado las ingestas de energía y de nutrientes y las ha comparado con las ingestas dietéticas recomendadas para la población española. El estudio incluye asimismo marcadores de calidad de la dieta (perfil de energía, calidad de la grasa y de las proteínas, densidad de nutrientes) y los índices de adecuación a la DMe. Es interesante la comparación de los datos obtenidos en este estudio con otros del mismo grupo de investigación obtenidos en 1964, 1981 y 1991.

Por grupos de alimentos, los de mayor consumo son: leche y derivados, fruta, verduras y hortalizas, cereales y derivados, carnes y derivados, pescado, aceites y grasas, alimentos precocinados, huevos y legumbres. La **Figura 2** muestra en forma de histograma los consumos medios de alimentos de la población española. A excepción de las carnes y derivados, las ingestas de casi todos los grupos de alimentos son inferiores a las aconsejables. Mención especial merecen los elevados consumos medios de bebidas no alcohólicas (433 g/persona/día) y alcohólicas (247 g/persona/día).

La comparación de los valores actuales con los procedentes de la Encuesta de Presupuestos

Familiares de 1964 pone de manifiesto una reducción de la ingesta energética media de unas 300 kcal/persona/día, así como el espectacular descenso en el consumo de algunos alimentos básicos de la DMe (pan, patatas y aceite de oliva).

La distribución del aporte energético entre los distintos macronutrientes indica un exceso de grasa a expensas de los HC, y aportes de AGS y AGP superiores a las recomendaciones.

La comparación de la ingesta con la recomendada muestra que el consumo medio de energía y de nutrientes superó el 80% de las IR, a excepción del cinc y del ácido fólico en hombres y mujeres (20-39 años) y del hierro en mujeres (20-39 años). Mientras que el consumo de proteínas y de vitamina C en hombres y mujeres (20-39 años) superó el 150% de las IR. Las mujeres también sobrepasaron el 150% de las IR en relación a las ingestas de vitaminas A y B₁.

En resumen, los patrones de consumo de alimentos y las ingestas de energía y de nutrientes han variado de forma llamativa en los últimos 40 años, difiriendo la dieta actual de la mediterránea tradicional y saludable (**Figura 3**).

En 2011, se han presentado los resultados de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (ENIDE)⁽¹¹⁾, realizada por encargo de la AESAN con el objetivo principal de utilizarlos en el estudio de Dieta Total. Se ha encuestado a más de 3.000 personas, seleccionadas de forma aleatoria en ciudades y pueblos de todo el territorio nacional. Las encuestas se repitieron en las cuatro estaciones del año para tener en cuenta la variabilidad estacional en el consumo de alimentos. Por el momento sólo se dispone de datos de consumo de alimentos y suplementos alimentarios, que son útiles para conocer el patrón alimentario actual.

(9)

MAAMA. Panel de Consumo Alimentario. <http://www.marm.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/panel-de-consumo-alimentario/>

(10)

Varela Moreiras G, Ávila JM, Cuadrado C y col. Valoración de la dieta española de acuerdo al panel de consumo alimentario MARIM-FEN. http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/valoracion_panel_tcm7-7983.pdf

(11)

AESAN. ENIDE 2011. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española. <http://www.msps.es/novedades/docs/PresentacionENIDE010311.pdf>

(10)

Varela Moreiras G, Ávila JM, Cuadrado C y col. Valoración de la dieta española de acuerdo al panel de consumo alimentario MARM-FEN. http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/valoracion_panel_tcm7-7983.pdf

(11)

AESAN. ENIDE 2011. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española. <http://www.msps.es/novedades/docs/PresentacionENIDE010311.pdf>

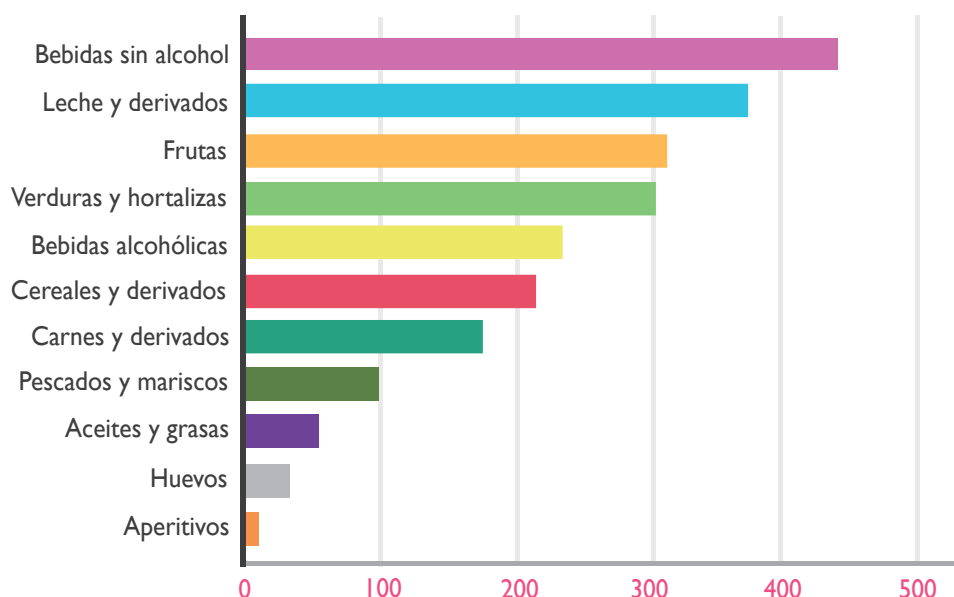
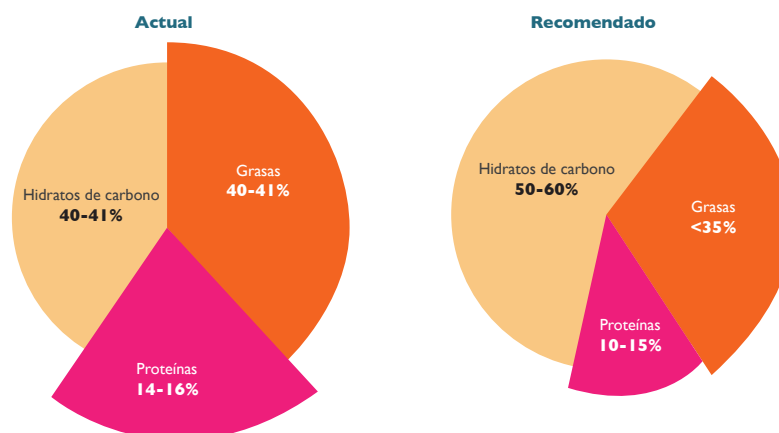


Figura 2. Consumo medio de alimentos (g/persona y día) en España, 2006⁽¹⁰⁾

Datos relevantes de interés para el estado nutricional son los relativos al consumo de los distintos grupos de alimentos.

- Menos de la mitad de la población (43%) consume hortalizas cada día, siendo mayor la ingesta en las personas de mayor edad, que en las más jóvenes.

- El consumo medio de fruta es inferior a las tres piezas al día.
- Sólo un porcentaje ligeramente superior al tercio de la población (37,8%) toma fruta diariamente.
- El porcentaje de consumidores de leche entera y semidesnatada es similar, mientras que se reduce a prácticamente la mitad el de leche desnatada.



La recomendación del consumo de alcohol es de < 10% VCT y el consumo actual está entorno al 5%.

Figura 3. Comparación entre el perfil calórico actual y el recomendado en la dieta de la población española^(10,11)



Recomendaciones de la AESAN a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española

- Aumentar el consumo de cereales ricos en HC complejos.
 - Aumentar el consumo de frutas y hortalizas que contribuyen a disminuir la cantidad energética de la dieta.
 - Aumentar el consumo de legumbres y frutos secos de los cuales se ingieren menos raciones que las recomendadas.
 - Moderar el consumo de los azúcares añadidos, ya que una ingesta elevada puede favorecer el sobrepeso, la obesidad y la caries dental.
 - Moderar el consumo de carnes grasas, embutidos y bollería, para disminuir la ingesta de grasas saturadas y reducir el nivel de colesterol y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
 - Mantener una adecuada hidratación mediante el consumo de agua, infusiones, zumos de fruta, caldos, etc.
 - Practicar diariamente ejercicio físico moderado y ajustar la ingesta de alimentos de acuerdo al nivel de actividad habitual, para mantener el peso corporal en niveles deseables.
- Las legumbres se consumen, mayoritariamente, una vez a la semana, aunque un 5% de la población no lo hace nunca.
 - El aceite más consumido es el de oliva (85,7% de la población), con una ingesta media diaria de 23 g/per cápita.

Al igual que en la evaluación del Panel Alimentario, la contribución de las grasas al aporte energético total es superior a lo recomendado en detrimento de los HC que no alcanzan las recomendaciones.

También es interesante señalar que las mujeres tienen hábitos alimentarios más saludables que los hombres, y las de mayor edad mejores que las más jóvenes.

El 46% de la población encuestada no realiza ningún tipo de deporte y no camina al menos 30 minutos al día.

El patrón alimentario español adolece de los mismos defectos que el de la mayoría de los restantes países europeos y el resultado es el ya repetidamente mencionado aumento de sobrepeso y obesidad y de las tasas de EC.

3 • Obesidad: uno de los principales problemas de la población española

Las principales causas de la actual pandemia de obesidad son según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los estilos de vida sedentarios y las dietas ricas en grasa^(12,13).

En España, la obesidad ha alcanzado tasas preocupantes con una prevalencia de alrededor del 25%. En el informe sobre la obesidad en Europa realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo en Europa (OCDE)⁽¹⁴⁾ llegan a la siguiente conclusión: “La tasa de obesidad de los adultos españoles supera a la media de la OCDE y en los niños la tasa se encuentra entre las más elevadas de la OCDE”. En España, dos de cada tres hombres y uno de cada tres niños (13-14 años) tienen sobrepeso y una de cada seis personas es obesa. La OCDE prevé que en España la proporción de adultos con sobrepeso aumente un 10% más en los próximos diez años.

El nivel de educación tiene una influencia importante en la obesidad de las mujeres españolas, cuando es bajo la probabilidad de sobrepeso es 3,5 veces mayor que cuando es alto. Estas diferencias son menores entre los hombres⁽¹⁴⁾.

(12)

OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Tech Rep Ser 894. 2000. http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894.pdf

(13)

OMS. Global status report on noncommunicable diseases. 2011. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

(14)

OCDE. Obesity and the Economics of Prevention Fit not Fat. OECD. 2010. <http://www.oecd.org/dataoecd/13/20/46068529.pdf>

(12)

OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Tech Rep Ser 894. 2000. http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894.pdf

(15)

AESAN. Estrategia NAOS. http://www.naos.aesan.msp.es/naos/estrategia/que_es

(16)

AESAN. Estudio ALADINO. <http://www.naos.aesan.msp.es/naos/investigacion/aladino/>

(17)

Serra LJ, Aranceta J. Nutrición infantil y juvenil. Estudio enKid. Barcelona; Masson. 2004.

(18)

SEEDO. Consejos de Nutrición. Tratamiento de niños y adolescentes. <http://www.seedo.es/obesidadysalud/consejosdenutricion/tabid/135/default.aspx#tratamiento-ninos>

El cambio en el patrón alimentario con aumento del consumo de alimentos ricos en grasas y proteínas (carnes y derivados y lácteos) en detrimento de los ricos en HC (cereales y legumbres), el incremento de la ingesta de bebidas refrescantes, así como la reducción de la AF son factores importantes en el aumento de la obesidad, pues, según la OMS, los estilos de vida sedentarios y las dietas con alto contenido en grasa son las principales causas de la pandemia de obesidad⁽¹²⁾.

4 • Grupos de población en riesgo: niños, adolescentes, ancianos y población inmigrante

4.1. Niños

El principal problema nutricional en los niños españoles es la obesidad. Recientemente, se han presentado los resultados del estudio “ALADINO” (ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad)^(15,16) sobre prevalencia de la obesidad infantil, realizado en casi 8.000 niños y niñas (6-9,9 años) de todo el país, utilizando una metodología contrastable. El estudio pone de manifiesto que el sobrepeso afecta al 26% de los menores estudiados y la obesidad al 19% (total sobrepeso y obesidad: 45%). Estos valores disminuyen al 31,4% si se utiliza la metodología aplicada en el estudio enKid⁽¹⁷⁾ lo que significa un muy ligero incremento sobre el 30,4% obtenido hace una década en este estudio.

Ya hace una década este estudio indicaba que los factores de riesgo asociados a la obesidad infantil incluyen:

1. Obesidad en los progenitores.
2. Peso al nacimiento.

3. Momento de maduración o desarrollo.
4. Lactancia materna.
5. Nivel socioeconómico.
6. Actividad física.
7. Dieta.
8. Factores psicológicos o relacionados con la conducta.

Los niños y niñas de las clases más desfavorecidas, desde el punto de vista educativo y económico, son los más afectados. Se constata asimismo que el porcentaje de niños y niñas con peso saludable es mayor entre los que habitualmente toman la comida del mediodía en los comedores escolares. Éstos realizan una buena labor proporcionando comidas adecuadas y variadas que contribuyen, junto a la labor realizada en el hogar, a la obtención de hábitos alimentarios correctos.

Un factor clave en el aumento de peso es la falta de AF. En el estudio “ALADINO” se señala el impacto del ocio audiovisual en el exceso de peso.

Llama a la redactora la atención que en las ciudades, a niños y niñas capaces de caminar e inclusive de correr, los lleven en cochecitos como si se tratase de bebés; sería interesante estudiar el papel que dicho comportamiento puede jugar en el incremento del sobrepeso y la obesidad en los niños.

En los consejos nutricionales de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad SEEDO⁽¹⁸⁾ para el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes se indica que en edades tempranas se debe tener como objetivo principal evitar que el niño sea en el futuro un adulto obeso y el propósito se debe conseguir con una alimentación adecuada, ejercicio físico y terapia conductual con el fin de cambiar los hábitos alimentarios para conseguir una alimentación adecuada.

4.2. Adolescentes

La adolescencia es un periodo crítico en la vida porque en él se establecen comportamientos que pueden ser hábitos de salud para el resto de la vida. En el estudio AVENA (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes españoles) realizado en un total de 2.859 adolescentes (13-18 años) españoles, se observa una alarmante prevalencia de sobrepeso y obesidad, acompañada de bajos niveles de AF y condición física (CF) y un estado metabólico y de inflamación crónica de bajo grado, que juegan un papel en el desarrollo de futuras ECV⁽¹⁹⁾. Los aspectos clave a desarrollar son la prevención del sobrepeso y la obesidad actuando sobre los malos hábitos alimentarios y la inactividad física.

Otro factor a considerar son los trastornos en la percepción de la imagen corporal y las dietas desequilibradas que contribuyen a incrementar las anorexias entre los adolescentes.

4.3. Ancianos

Los datos muestran que en los últimos 35 años la esperanza de vida en España al nacer ha continuado su tendencia creciente, pasando de 73,7 a los 81,2 años en la actualidad⁽²⁰⁾. El aumento de la población anciana ha favorecido los estudios relativos a su estado nutricional.

En la malnutrición que afecta a muchos ancianos influyen factores:

- Fisiológicos relacionados con la edad (cambios en la composición corporal, disminución de la AF, alteración del gusto y olfato, disminución del apetito, problemas dentales, disminución de la secreción y absorción intestinal).
- Socioeconómicos y medioambientales (bajos ingresos, hábitos alimentarios incorrectos,

soledad, insuficiente apoyo familiar y/o social, institucionalización).

- Junto al deterioro funcional (dificultad o incapacidad para la compra, preparación y conservación de los alimentos; problemas en la ingesta y deglución; inactividad e inmovilidad). Además de las enfermedades y sus consecuencias, el consumo de medicamentos, el deterioro cognitivo y los trastornos afectivos (depresión).

Las repercusiones de una alimentación inadecuada en la salud y el estado nutricional de los mayores son muchas y variadas, lo que justifica el interés de la evaluación del estado nutricional de este grupo de población.

En España se han realizado numerosos estudios de evaluación del estado nutricional de personas mayores, institucionalizadas o no, aunque a menudo el tamaño de la muestra es pequeño. Por este motivo se ha elegido comentar aquí los resultados de la evaluación nutricional de población española mayor de 65 años realizado en el marco del III Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico (PLE-NUFAR III) (2006)⁽²¹⁾ con una muestra final de 25.827 personas, de las cuales, el 84% vive en su domicilio particular o en el de un familiar, sin requerir ningún tipo de atención domiciliar especializada (cuidador o enfermera), mientras que el 16% restante se halla en algún tipo de residencia asistida, hospital o centro con cuidados específicos. La gran mayoría de los encuestados (92,4%) sale del domicilio de manera habitual, ya que puede desplazarse sin dificultad. Tan sólo un 2% de las personas mayores entrevistadas no es capaz de alimentarse solo, un 5% puede hacerlo, aunque con algunas dificultades que pueden condicionar el tipo de dieta ingerida y el 93% restante se alimenta solo, sin dificultad.

(19)

Wärnberg J, Ruiz JR, Ortega FB y col.; Grupo AVENA. Estudio AVENA (Alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados 2003-2006. *Pediatría Integral* Suplemento XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP.

(20)

IVE. 2010. http://www.ive.es/downloads/np/NP_tablas_mortalidad_ive_240310.pdf

(21)

Plenifar III. Plan de educación nutricional por el farmacéutico: Educación nutricional a las personas mayores. 2006. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000002.nsf/voDocumentos/1F75B7FF42AA2095C12570AE003B34EE/\\$File/index2.htm?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000002.nsf/voDocumentos/1F75B7FF42AA2095C12570AE003B34EE/$File/index2.htm?OpenElement)



K

(22)

MAAMA. Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España. Actualización 2007. http://www.marm.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/libro_2007_tcm7-7920.pdf

(23)

Vidal M, Ngo J. Recomendaciones para el consejo alimentario en un entorno de diversidad cultural: Experiencia desde el Plan director de inmigración de la Generalitat de Catalunya. IV Congreso de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN), Bilbao, octubre de 2008. http://www.nutricionsinfronteras.org/sites/default/files/PD_Recom_Consej_Alim.pdf

(24)

Ávila JM, Beltrán B, del Pozo S y col. Hábitos alimentarios y evaluación del estado nutricional de población inmigrante en Villanueva de la Cañada (Madrid, España). <http://www.fen.org.es/pdf/30042011094244.pdf>

En cuanto al estado general de salud, los datos muestran que la mayoría (74,2%) de los encuestados no ha padecido enfermedad aguda importante, intervención quirúrgica o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses. Casi el 90% no tiene ningún tipo de lesiones o heridas en la piel, síntoma de una buena higiene, una buena hidratación y una dieta poco deficitaria en los nutrientes más directamente implicados (vitaminas A, C, E y muchas del complejo B).

No obstante, más de la mitad de la población objeto de estudio, tanto varones como mujeres, toma cuatro o más medicaciones al día, entendiendo por una medicación una prescripción facultativa, independientemente de la dosis o frecuencia.

Un dato preocupante puesto de manifiesto en el estudio, es que el 64,1% de los encuestados toman menos de cinco vasos diarios de líquidos (agua, infusiones y alimentos líquidos como leche, zumos, etc.).

Casi un 30% de las personas mayores entrevistadas son obesas (IMC ≥ 30), siendo este porcentaje mayor en mujeres (32,6%) que en varones (25%).

Tras valorar el global de los participantes en el estudio, se comprueba que un 22,1% se halla en riesgo de padecer malnutrición, mientras que un 3,8% presenta desnutrición, de forma más frecuente en mujeres (4,3%) que en varones (3,0%). Ello indica la necesidad de incluir la evaluación nutricional en los protocolos de atención de las personas mayores.

4.4. Inmigrantes

En los últimos años se ha producido en España un aumento extraordinario de la población inmigrante que representa ya más del 10% del total.

El colectivo más numeroso procede de América Central y del Sur, los empadronados de la Europa del Este superan a los de origen magrebí y africano, así como a los asiáticos. El 70% de la población extranjera se concentra en cuatro comunidades autónomas (Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía)⁽²²⁾.

Según un estudio realizado en 2007⁽²²⁾ el colectivo inmigrante que reside en España se integra de forma progresiva en la sociedad española empezando por los hábitos alimentarios, aunque mantiene algunas costumbres propias de su país de origen, que a su vez se incorporan a la sociedad de acogida.

Como principales cambios en los hábitos alimentarios se señala: disminución de la LM por motivos laborales, aumento del consumo de productos lácteos por mayor disponibilidad, facilidad de consumo y precio; disminución del consumo de pescado/marisco a menudo menos asequible que en el país de origen y aumento del consumo de carne de pollo y de huevos; sustitución de algunas verduras y frutas por las del país de acogida más asequibles y consumo relativamente bajo de verduras de hoja verde. A ello debe sumarse un aumento del consumo de zumos, zumos azucarados y otros alimentos de baja densidad nutricional⁽²³⁾.

Los estudios realizados en población inmigrante la señalan como de especial riesgo nutricional en lo que concierne a deficiencia de nutrientes minoritarios (minerales y vitaminas) y sugieren la necesidad de un tratamiento desagregado en función del país de procedencia⁽²⁴⁾. En los cambios en la alimentación influye la precariedad laboral, la falta de acceso a alimentos tradicionales, el cambio del rol de género en el ámbito familiar, cambio de horarios, poco tiempo disponible para cocinar, mayor oferta alimentaria, alimentos con un significado de “estatus” occidental, o que son

de acceso “fácil” y agradables al paladar, pero de escaso valor nutricional. El resultado son dietas monótonas, de baja densidad nutritiva y escasa inclusión de productos frescos con un empeoramiento del perfil nutricional al disminuir el aporte de HC y aumentar de forma sustancial las grasas. En consecuencia uno de los consejos dietéticos, difícil de cumplir, sería mantener la dieta tradicional⁽²³⁾.

Problemas nutricionales más habituales en la población inmigrante

- Raquitismo en niñas y niños por aportes deficientes de calcio y vitamina D.
- Anemia ferropénica por falta de hierro en la dieta.
- Caries por el elevado consumo de productos azucarados.
- Obesidad por falta de AF y aumento de la ingesta de grasa en detrimento de los HC.

5 • Estrategias para mejorar el estado nutricional de la población

El incremento de las tasas de obesidad en España y en especial en la población infantil fue el motivo por el cual el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), inició en el año 2005 la **Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)**⁽¹⁴⁾ con el objetivo de sensibilizar a la población sobre el problema que la obesidad representa para la salud y de impulsar iniciativas que contribuyan a la adopción de hábitos de vida saludables a través de una alimentación suficiente y adecuada y la práctica regular de AF.

En el marco de la Estrategia NAOS se han desarrollado distintos programas y estudios, entre los cuales destaca el Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad (PERSEO)⁽²⁵⁾ dirigido a población de Educación Primaria (6-10 años), cuya finalidad es promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y estimular la práctica de AF regular entre los escolares, para prevenir la aparición de obesidad y otras enfermedades.

La estrategia NAOS también es paraguas del **Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos Dirigida a Menores, Prevención de la Obesidad y Salud (Código PAOS)**⁽²⁶⁾. Como resultado de un acuerdo entre la AESAN y la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB), lo han suscrito las 36 mayores empresas alimentarias españolas, a las que corresponde más del 95% de la inversión publicitaria en el sector y los operadores de televisión. Se circunscribe a la publicidad de productos alimenticios dirigida a menores de 12 años. El Código se rige por principios éticos como la legalidad y la lealtad, y hace hincapié en la forma en que se emiten los mensajes publicitarios y en la mayor vulnerabilidad de los niños en relación a los adultos en lo que se refiere a la transmisión de los mensajes. Regula, asimismo, algunas prácticas comunes en los anuncios publicitarios, como la aparición de personajes populares entre los niños.

Plan de reducción de consumo de sal⁽²⁷⁾. En España mueren más de 65.000 personas al año por enfermedad coronaria e ictus cerebrales, otras no mueren pero sufren graves secuelas.

Se estima que el 45% de los infartos de miocardio y el 50% de los ictus cerebrales se deben a la HTA, cuya principal causa es el consumo de sal en exceso. La sal es necesaria y no debe

(14)

AESAN. Estrategia NAOS. http://www.naos.aesan.msp.es/naos/estrategia/que_es

(25)

AESAN. Programa piloto PERSEO http://www.naos.aesan.msp.es/naos/escolar/programa_perseo/

(26)

AESAN. Código PAOS <http://www.naos.aesan.msp.es/naos/publicidad/>

(27)

AESAN. Plan de reducción del consumo de sal. <http://www.naos.aesan.msc.es/va/naos/observatorio/observatorio00102.html>

suprimirse de la dieta, pero tampoco debe ser consumida en exceso. La OMS recomienda una ingesta máxima diaria de 5 g de sal.

Por ello, la industria alimentaria en los últimos años ha realizado un importante esfuerzo para

reducir el contenido de sal en los alimentos procesados, tanto en la reformulación de los productos que contienen sal añadida, como ofreciendo a los consumidores alternativas de productos bajos en sal que ayudan a reducir la ingesta de sodio en la dieta.

Siglas utilizadas en este capítulo

AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición; **AF:** actividad física; **AG:** ácidos grasos; **AGP:** ácidos grasos poliinsaturados; **AGS:** ácidos grasos saturados; **ALADINO:** ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad; **DM:** diabetes mellitus; **DMe:** dieta mediterránea; **EC:** enfermedad crónica; **ECV:** enfermedad cardiovascular; **ENIDE:** Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española; **FD:** fibra dietética; **HC:** hidratos de carbono; **IMC:** índice de masa corporal; **IR:** ingestas recomendadas; **LM:** lactancia materna; **NAOS:** Estrategia sobre Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad; **OMS:** Organización Mundial de la Salud; **UE:** Unión Europea.

