

Dieta, patrones alimentarios y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles

Diet, eating patterns and their relationship to chronic non-communicable diseases

Dieta, padrões alimentares e sua relação com doenças crônicas não-transmissíveis

...

María M. Crovetto M^{1*}

Citación Vancouver: Crovetto MM. Dieta, patrones alimentarios y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles [Editorial]. Salud Soc. Uptc. 2015;2(1): pp. 5-6

En la actualidad, los estilos de vida están condicionando el estado de salud de la población, con un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La pandemia global de obesidad y de las ECNT son un desafío primordial para la salud en el siglo XXI. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las enfermedades no transmisibles (ENT) representan el 63% del total de muertes anuales a nivel mundial, alrededor de 35 millones de defunciones por año. El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor de riesgo más importante en el desarrollo de ENT y afectan a 1.400 millones de personas mayores de 20 años y 42 millones de niños(as) menores de cinco, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1,2).

Según la OMS, el exceso de peso no es sólo un problema de salud en los países con población de altos ingresos, sino también de países con medianos y bajos ingresos, donde además coexiste la malnutrición por déficit, observándose una doble carga de enfermedad y, por lo tanto un problema de salud pública que estaría afectando a todos los países de forma similar. Su etiopatogenia es multifactorial; sin embargo, diversas organizaciones como la OMS, la OPS y el World Cancer Research Fund, concuerdan en que los principales factores que promueven el aumento de peso en las personas, son el consumo elevado de productos de bajo valor nutricional y alto contenido de azúcar, grasa y sal, la ingesta habitual de bebidas azucaradas y una actividad física insuficiente (2-4). Entre los estilos de vida que condicionan la salud, (asociados a esta pandemia) se distinguen la dieta y los

patrones de consumo, tales como el consumo elevado de productos alimentarios procesados (5).

Actualmente, se está aplicando una nueva clasificación que divide los alimentos en tres grupos a saber: 1) alimentos propiamente tal, que pueden ser no procesados o mínimamente procesados (p. ej. granos, legumbres, frutas, vegetales, huevos, pescados, carnes y leche); 2) ingredientes culinarios procesados (p. ej. aceites, azúcar, harinas, grasas animales y sal); y 3) productos alimentarios listos para el consumo, que pueden ser procesados (p. ej. frutas o verduras enlatadas, carnes secas o deshidratadas, quesos) o productos ultra-procesados (pasteles, salchichas, hamburguesas, gaseosas, dulces) (6). Esta clasificación se usa actualmente en varios países del mundo con el fin de analizar el nivel de consumo de productos alimentarios listos para el consumo y su impacto sobre la calidad de la dieta.

Estudios en Brasil y en Canadá muestran que los productos listos para el consumo se caracterizan por su baja calidad nutricional; son más altos en azúcar, sal, grasas y más densos en energía, respecto a los alimentos no o mínimamente procesados combinados con ingredientes culinarios usados en la preparación de platos y comidas. Hay evidencias que algunos productos listos para el consumo están asociados a la prevalencia de la obesidad y del síndrome metabólico. Hay pocos estudios sobre la relación entre el consumo de productos listos para el consumo (con base en las encuestas de gasto en alimentos) y la prevalencia de obesidad. Por ejemplo, en países donde éstos representan más del 55-65% de la dieta, la prevalencia de obesidad es alta y similar

¹ Universidad de Playa Ancha, Chile.

* E-mail para correspondencia: mcrovetto@upla.cl

a la de Chile (25,1% en 2010), en Canadá (24,3% en 2004) y en UK (25,0% en 2008). Asimismo, en Brasil, la participación del G3 en la disponibilidad calórica varió de un 20% en 2002/03 a un 27,7% en 2008/09 y la obesidad en los adultos aumentó de un 11,3 a 14,8% en similar período (7,8).

En el caso de Chile, los cambios en la disponibilidad de alimentos, patrones de consumo y composición nutricional de la dieta, se vienen observando desde la década de los 80, en todos los quintiles de ingreso. El estudio del gasto en alimentos en los hogares y las tendencias observadas en la cuarta encuesta (1986-1987); quinta encuesta (1996-1997); y sexta encuesta (M) (2006-2007) de presupuestos y gastos familiares (EPF), del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), señalan que el gasto absoluto en alimentos se incrementó para el total de hogares y, en forma significativa para los quintiles de menores ingresos el gasto relativo en alimentos presentó una tendencia decreciente respecto al gasto total de los hogares (8).

Conjuntamente, el estudio sobre otros factores que están afectando los cambios en la dieta y patrones de consumo, como la publicidad alimentaria y los conocimientos de la población en alimentación y nutrición, señalan la importancia de orientar estrategias hacia la comunidad según las directrices que plantea la OMS, que es identificar los cambios en los patrones de consumo y la dieta, y los factores de riesgo que los condicionan, con el propósito que contribuyan a la generación de políticas que protejan la salud de la población (9).

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. 61ª Asamblea Mundial de la Salud; 2008. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial [Citado 10 junio de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf
2. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, DC; 2007.
3. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington DC; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: Serie de Informes Técnicos, 916; 2003.
5. Crovetto M, Uauy R, Martins AP, Moubarac JC, Monteiro C. Disponibilidad de productos alimentarios listos para el consumo en los hogares de Chile y su impacto sobre la calidad de la dieta (2006-2007). *Rev. Méd. Chile*. 2014; 142(2):850 – 858.
6. The public health agency of Canada, The Canadian institute for health information. Obesity in Canada: A joint report from the public health agency of Canada and the Canadian institute for health information. Canadá; 2011.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 Despesas, rendimentos e Condições de vida. Rio de Janeiro; 2010.
8. Moubarac JC, Claro R, Baraldi L, Martins AP, Levy R, Cannon G, et al. Cross-country differences in the consumption and cost of ultra-processed foods: United Kingdom and Brazil, 2008-2009. *Glob Public Health*. 2013; 8(7):845-56.
9. Crovetto M, Uauy R. Evolución del gasto en alimentos procesados en la población del Gran Santiago en los últimos 20 años. *Rev. Méd. Chile*. 2012; 140 (3): 305-312.
10. Crovetto M, Coñuecar S, Flores D, Maturana D. Clasificación de la publicidad alimentaria de los canales de la Asociación Nacional de Televisión de Chile durante noviembre del 2010. *Rev Esp Nutr Comu*. 2013; 19(1):6-12.