

Ni son tantas ni tan malas: las grasas de la dieta española

L. Serra Majem

Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Evaluar la calidad de la dieta de una población y analizar su adecuación a unos objetivos nutricionales o guías alimentarias es una tarea muy compleja que requiere un profundo conocimiento de la naturaleza y variación del consumo alimentario y de la forma de medirlo¹. Por otro lado, es necesario tener en cuenta qué objetivos nutricionales fijados con una base poblacional no deben ser trasladados a una base individual pues, de lo contrario, asumiríamos que la práctica totalidad de la población debería encontrarse por debajo de los objetivos nutricionales, cuando en realidad éstos reflejan aportes poblacionales medios deseables².

En España, ciertamente, el consumo de grasas ha aumentado a lo largo de los últimos 40 años^{3,4} y algunos aspectos de la dieta mediterránea se han visto deteriorados. En la actualidad, los estudios poblacionales de nutrición realizados en las distintas comunidades autónomas, con una metodología contrastada y similar, ofrecen unos porcentajes de energía procedentes de las grasas de entre el 41 y el 34%, y de entre el 13 y el 11,5% para los ácidos grasos saturados (AGS)⁵⁻¹¹. En Europa, en un reciente estudio multicéntrico en el que participaron 14 países, estos porcentajes oscilaban entre el 42 y el 32% para las grasas totales, y el 18 y el 9% para las saturadas¹². El gradiente para los AGS es, por tanto, mucho más amplio en Europa que en España, y en nuestro país el porcentaje de energía a partir de las grasas se ha establecido en un 38% (nivel medio alto europeo) y el de los AGS en un 13% (nivel medio bajo europeo)¹¹.

Palabras clave:
Dieta. Guías alimentarias. Grasa dietética. Estudios de población.

Correspondencia: Dr. L. Serra Majem.
Departamento de Ciencias Clínicas.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
Apartado de Correos 550. 35080 Las Palmas de Gran Canaria.
Correo electrónico: lserra@cicei.ulpgc.es

El estudio de Ballesteros et al¹³ es una nueva contribución del estudio DRECE al conocimiento de la relación entre la dieta y los factores de riesgo cardiovascular y, en especial, la hipercolesterolemia en España, y pone de manifiesto: *a)* la compleja interrelación y significado de los factores de riesgo coronario en España; *b)* los altos niveles de consumo de lípidos en nuestro país, y *c)* las mejoras en el consumo de ácidos grasos y colesterol en los pacientes con riesgo cardiovascular en el año 1996-1997 en relación con la población sin riesgo, aspecto que no se observaba en 1991. Ello es particularmente importante, pues refleja un cambio en la percepción de la hipercolesterolemia como factor de riesgo y una mejor prescripción del consejo dietético por parte de los profesionales sanitarios y cumplimiento del mismo por parte de los individuos con riesgo cardiovascular. Supone, sin duda, un éxito de una estrategia individual o de alto riesgo frente a la hipercolesterolemia, impulsada por distintas instituciones: Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁴, Sociedad Española de Aterosclerosis¹⁵, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁶, diversas comunidades autónomas¹⁷, entre otras; no obstante, es más dudoso el efecto de las estrategias comunitarias en la población general sin riesgo cardiovascular establecido (un 13% de la energía a partir de los AGS en 1991 frente a un 12,5% en 1996-1997). Sin duda, lo más novedoso del análisis de Ballesteros et al¹³ es el análisis de las tendencias de consumo en el período 1991-1997, para el que existía poca información epidemiológica.

Si bien es cierto que las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en España¹⁸, también lo es que no suponen ni la primera ni la segunda causa de mortalidad prematura en nuestro país, y que las tasas de enfermedad isquémica cardíaca, mayormente relacionada con la hipercolesterolemia, son relativamente bajas en comparación con las de los países del norte de Europa. Tampoco es falso que las tasas de mortalidad

por enfermedad coronaria no estén aumentando, y no es menos cierto que existen notables diferencias regionales en la mortalidad cardiovascular en España¹⁸⁻²⁰. Además, las cifras de colesterol de la población española son casi tan altas como en los países con mortalidades más elevadas, aunque las cifras de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad son más favorables en España^{20,21}. Y la alarma se vierte sobre el futuro ante los cambios alimentarios experimentados por nuestros jóvenes. Ante este escenario, es necesario desarrollar estrategias poblacionales que tengan una aplicabilidad sostenible y racional.

En la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) de la FAO/OMS de 1992 se propuso identificar y promover el uso de estrategias y acciones destinadas a mejorar el bienestar nutricional y el consumo alimentario en el mundo. El plan de acción del CIN tenía como objetivo específico la distribución de información nutricional a través de "intervenciones nutricionales sostenibles"²². En 1995 se reunió un grupo de discusión de la FAO/OMS sobre *food-based dietary guidelines* (FBDG), y el informe que se obtuvo recomienda, entre otras cosas, la identificación de potenciales alimentos diana en los programas de salud pública nutricional basados en los patrones dietéticos de consumidores con bajas y altas ingestas de dichos alimentos o en algún otro análisis de la ingesta habitual de alimentos y nutrientes. El documento aconseja, concretamente, que las FBDG tengan como objetivo "lo que realmente sea posible en el contexto socioeconómico, en vez de que sea un intento de eliminar de golpe la diferencia entre lo que es deseable y la ingesta actual". Así pues, mientras que la ingesta deseable puede haberse obtenido de estudios epidemiológicos, deberían ser los patrones de ingesta habituales los que sirviesen de base a las guías dietéticas alimentarias, a través de unas guías dietéticas provisionales y asumibles^{12,22,23}.

A menudo, el desarrollo de guías alimentarias en forma de pirámides, ruedas de alimentos o una simple lista tiene en poca consideración la distribución del consumo de alimentos y nutrientes en la población, lo que puede invalidar o dificultar su aplicación. Asimismo, tampoco podemos pensar que el estudio de la ingesta nutricional en determinados países pueda aportar soluciones en la elaboración de FBDG si la totalidad de los habitantes está por debajo de unos mínimos requeridos. En este sentido, un grupo de trabajo de la iniciativa comunitaria EURODIET identificó una serie de estrategias para el desarrollo práctico de FBDG^{12,23,24}; el nivel más simple es analizar la contribución de los alimentos a la ingesta de nutrientes diana a escala

poblacional media. El siguiente nivel de análisis es examinar los consumos de alimentos en toda la población, sólo en consumidores, y en grados altos y bajos de ingesta de nutrientes diana. Ello permite identificar estadísticamente los alimentos que distinguen el alto y el bajo consumo de un nutriente diana, y es particularmente útil cuando existe una gran diferencia entre el grado de ingesta actual del nutriente y el óptimo (p. ej., consumo óptimo de AGS por debajo del 10% de la ingesta calórica, y consumo medio actual en Bélgica del 15,6%)¹². En esas circunstancias, es más útil utilizar como objetivo nutricional el valor del cuartil inferior, identificando el patrón de consumo alimentario que permite llegar a ese objetivo en la misma población. La utilización de valores de ingesta más favorables en la población no implica que se consideren óptimos; tan sólo se consideran más alcanzables y realistas^{25,26}. Además, se pueden llevar a cabo otros procedimientos como el análisis de *clusters* y de componentes principales, modelos multivariantes de correlación y regresión, factores de convergencia y divergencia alimentaria y alimentos consumidos en casa y fuera de casa, entre otros. En España, los alimentos que explicaron las mayores diferencias entre la población en el cuartil alto de grasas (media del 42% energía) y la comprendida en el cuartil bajo (media del 33%, dentro del rango recomendable) fueron las carnes, las frutas y hortalizas y las patatas fritas, junto con el aceite de oliva; en cambio, los alimentos que diferenciaban un aporte alto de grasas saturadas (cuartil superior del 15%) con uno bajo (cuartil inferior del 10%, coincidente con los objetivos nutricionales) fueron la leche entera, el queso, las carnes y embutidos, por un lado, y el pescado, el pollo y las frutas, por otro¹¹.

Por todo esto, para analizar la adecuación del consumo de energía y nutrientes a unos objetivos o recomendaciones es necesario llevar a cabo inicialmente análisis rigurosos de la situación nutricional de acuerdo con la metodología descrita. Este tipo de análisis permitirá identificar qué cambios alimentacion nutricionales son susceptibles de llevarse a cabo y ayudará a definir si la estrategia de intervención debería basarse meramente en la educación nutricional o si, además, requiere medidas políticas o intervenciones agrícolas, pesqueras y comerciales, o medidas de fortificación alimentaria o de suplementación nutricional. También será útil, para determinar el tipo de recomendaciones dietéticas, conocer las características nutricionales y alimentarias de la zona siempre en el contexto del control del conjunto de factores de riesgo cardiovascular^{2,19}.

Bibliografía

1. Serra Majem L. Introducción a la epidemiología nutricional. En: Serra Majem L, Aranceta J, Mataix J, editores. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson, 1995; 59-65.
2. Serra Majem L, Aranceta J. Guías alimentarias, educación nutricional, fortificación y suplementación. En: Gálvez R, Sierra A, Sáenz C, Gómez I, Fernández-Crehuet J, Salleras L et al, editores. Medicina preventiva y salud pública (10.^a ed.). Barcelona: Masson, 2000; 923-933.
3. Serra Majem L, Ribas L, Lloveras G, Salleras L. Changing patterns of fat consumption in Spain. Eur J Clin Nutr 1993; 47 (Supl 1): 13-20.
4. Serra Majem L, Santana JF, Salmona E. Dietary habits and nutrient status in Spain. World Rev Nutr Diet 2000; 87: 127-159.
5. Aranceta J, Pérez C, Eguleor I, Marzana I, González de Galdeano L, Sáenz de Buruaga J. Encuesta nutricional del País Vasco. Vitoria: Gobierno Vasco, 1990.
6. Aranceta J, Pérez C, Amela C, García Herrera R. Encuesta nutricional de la comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud de Madrid, 1994.
7. Violan C, Stevens L, Molina F. Encuesta de alimentación en la población adulta de Murcia 1990. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud. Región de Murcia, 1992. Serie informes n.^o 7.
8. Arika V, Salas-Salvadó J, Fernández-Ballart J, Martí-Henneberg C. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus (IX). Evolución del consumo de alimentos y de su participación en la ingesta de energía y nutrientes y su relación con el nivel socioeconómico y cultural entre 1983 y 1993. Med Clin (Barc) 1996; 106: 174-179.
9. Serra Majem L, director. Evaluación del estado nutricional de la Población Canaria (1997-98). Arch Latinoam Nutr 2000; 50 (Supl 1): 1-72.
10. Mataix J, director. Encuesta de nutrición de Andalucía (1997). Sevilla: Junta de Andalucía, 2001.
11. Serra Majem L, Ribas L, Ramon JM. Compliance with dietary guidelines in the Spanish population. Results from the Catalan Nutrition Survey. Br J Nutr 1999; 81 (Supl 2): S105-S112.
12. Williams C, Wiseman M, Buttriss J, directores. Food-based dietary guidelines - A staged approach. Br J Nutr 1999; 81 (Supl 2): 29-153.
13. Ballesteros MD, Rubio MA, Gutiérrez JA, Gómez-Gerique JA, en representación del grupo DRECE. Evaluación de la calidad de la dieta española en el estudio DRECE: adecuación a las recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Clin Invest Arterioscler 2001; 13: 97-102.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Arteriosclerosis. Control de la colesterolémia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Rev Esp Nutr Comunit 2000; 4: 143-178.
15. Sociedad Española de Arteriosclerosis. Dieta y enfermedades cardiovasculares. Recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Clin Invest Arterioscler 1994; 6: 43-61.
16. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piñeres A, Vilaseca Canals J et al. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares: aplicaciones prácticas de riesgo cardiovascular. Aten Primaria 1999; 24 (Supl 1): 66-75.
17. Ros E, Zambón D, Tresserres R, Brotons C, Castell C. cribado de la hipercolesterolemia. Med Clin (Barc) 1994; 102 (Supl 1): 68-74.
18. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Del Rey Calero J. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992). Med Clin (Barc) 1998; 110: 321-327.
19. Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, De Andrés Manzano B, Del Rey Calero J. Principios de la prevención cardiovascular. Med Clin (Barc) 1999; 112: 459-464.
20. López-Bescos L, Cosin J, Elosua R, Cabades A, De los Reyes M, Aros F et al. Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 1045-1056.
21. García Closas R. Factores de riesgo cardiovascular en España: colesterol. Rev Esp Nutr Comunit 1999; 5: 122-125.
22. World Health Organization-Food and Agriculture Organization. Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint FAO/WHO Consultation. Technical Report Series n.^o 880. Ginebra: OMS, 1998.
23. Gibney MJ, Serra Majem L, Kearney JM, Becker W, Löwik MRH, Wiseman M et al. Por una política de nutrición en Europa en el siglo XXI: desarrollo de unas guías alimentarias basadas en el consumo de alimentos. Nutr Clin 2000; 20: 111-128.
24. Kafatos A, Codrington CA. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: the 'Eurodiet' Project. Public Health Nutr 1999; 2: 327-328.
25. Aranceta J, Serra-Majem L. Cumplimiento de los objetivos nutricionales para la ingesta de energía a partir de las grasas. Rev Esp Nutr Comunit 1997; 3: 111-112.
26. Serra-Majem L, Aranceta J on behalf of the SENC Working Group on Nutritional Objectives for the Spanish Population. Nutritional objectives for the Spanish population. Consensus from the Spanish Society of Community Nutrition. Public Health Nutr. En prensa.