

Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

	OBJETIVOS NUTRICIONALES INTERMEDIOS¹	OBJETIVOS NUTRICIONALES FINALES²
Lactancia materna ³	4 meses (exclusiva)	≥ 6 meses
Fibra dietética ⁴	> 22 g/día	> 25 g/día
Folatos ⁵	> 300 µg/día	> 400 µg/día
Calcio ⁶	≥800 mg/día	≥800 mg/día
Sodio (sal común) ⁷	< 7g/día	< 6 g/día
Yodo ⁸	150 µg/día	150 µg/día
Fluor ⁹	1 mg/día	1 mg/día
Actividad física ¹⁰	↑↑NI	PAL > 1,75
IMC (kg/m ²) ¹¹	< 25	21 - 23
Grasas totales (% Energía) ¹²	≤ 35 %	30 - 35 %
A. G. Saturados	≤10 %	7 - 8 %
A. G. Monoinsaturados	20 %	15 - 20 %
A. G. Poliinsaturados	5 %	5 %
n-6		2 g linolénico
n-3		+ 200 mg DEXA
Colesterol	< 350 mg/día	< 300 mg/día
Hidratos de Carbono totales (% Energía) ¹³	> 50 %	50 - 55 %
Alimentos azucarados (frecuencia/día) ¹³		< 4 /día
Frutas ¹⁴	> 300 g/día	> 400 g/día
Verduras y hortalizas	> 250 g/día	> 300 g/día
Alcohol (vino) ¹⁵	< 2 vasos/día	< 2 vasos/día

¹ Se corresponden fundamentalmente con el percentil 75 ó 25 según la circunstancia (favorable o desfavorable) de los estudios poblacionales de nutrición realizados en España, o bien cuando se trata de micronutrientes a valores nutricionales de referencia. Deben ser evaluados a finales del 2005.

² Objetivos nutricionales finales, de acuerdo a la evidencia científica actual y en base a los valores nutricionales de referencia. Deben ser evaluados a finales del 2010.

³ Las tasas de lactancia materna en España del 23% y 11% a los 3 y 6 meses respectivamente son bajas en comparación con el 85% y 73% de Suecia, o el 33% y 21% del Reino Unido. De este modo, España tiene una de las prevalencias de lactancia materna más bajas de Europa, sobre todo

después del segundo mes de nacimiento. Es necesario hacer programas de promoción de la lactancia materna no sólo dirigidos a embarazadas sino especialmente dirigidos a pediatras, obstetras y personal sanitario de las maternidades.

⁴La ingesta de fibra en España es baja a pesar del elevado consumo de frutas y hortalizas. La disminución en el consumo de cereales en general, y de formas integrales en particular, hace necesario que aumente el consumo medio actual de fibra (con niveles más bajos en Canarias, Cataluña, Andalucía y más altos en el norte peninsular) hasta más de 25 gramos.

⁵ El aporte de folatos en España es muy bajo e insuficiente en relación con las IDR. Existen fuertes variaciones entre comunidades ligadas al consumo de frutas y hortalizas, destacando Canarias, Extremadura y Murcia con los niveles más bajos y Cataluña con los aportes más satisfactorios.

⁶ Se corresponde con el valor de la IDR para la población adulta, pero la ingesta debe ser superior en ciertos grupos poblacionales como son: infancia, adolescencia, embarazadas, mujeres lactantes, mujeres menopáusicas y tercera edad.

⁷ El consumo de sal de mesa ha disminuido en España en las últimas décadas, observándose no obstante, un incremento en el consumo de algunos alimentos preparados con alto contenido en los últimos años. La disminución de la morbi-mortalidad cerebrovascular debido al control de la hipertensión arterial en España es uno de los logros más significativos de la salud pública de los últimos años.

⁸ El aporte de yodo a partir de la sal yodada ha aumentado en España; sin embargo la situación no se ha solucionado, existiendo zonas de carencia leve en muchas comunidades autónomas.

⁹ La SENC no secunda la generalización de la fluoración del agua de abastecimiento público por motivos de coste-efectividad, pero promueve la optimización del aporte de fluoruros mediante: tabletas, aguas embotelladas con alto contenido en flúor o sal fluoro yodada.

¹⁰Es difícil estimar la magnitud del sedentarismo en España pero se considera que por lo menos un 60% de la población adulta es sedentaria en el tiempo libre. El nivel de actividad física se ha reducido drásticamente en los últimos 50 años en España, y existe una disminución relacionada con la edad de más de 500 kcal/día desde los 20 hasta los 60 años.

¹¹ El índice de masa corporal medio en España en la población adulta se estima en 25,5 kg/m², fijando en este caso un objetivo intermedio por debajo de 25 Kg/m² que se corresponde con el percentil 40. La prevalencia de la obesidad sigue una tendencia ascendente en España. Constituyendo uno de los principales problemas de salud pública, afectando a más del 13% de la población adulta.

¹² El aporte medio de grasas en España se ha estimado entorno al 38% del aporte energético y 12,5% para las grasas saturadas, los objetivos intermedios son 35% y 10% (objetivos finales 30-35% y menos del 10%) que corresponden al percentil 25. El aporte medio de ácidos grasos monoinsaturados es de entorno al 20% y el de poliinsaturados de 6%. La SENC considera adecuado un aporte relativo de las grasas totales del 35% que se conseguiría reduciendo el aporte de grasas saturadas del 12,5% al 10% y manteniendo un elevado porcentaje de grasas monoinsaturadas. El colesterol dietético debe disminuir paralelamente a la disminución de grasas saturadas, si bien su significado y prioridad no son comparables.

¹³ El aporte relativo de carbohidratos en España debería situarse entorno el 50-55% de la energía, posibilitando un aporte a partir de las grasas del 35% de las cuales, tal como se ha comentado, un 20% serían monoinsaturadas. En la medida que los niveles de actividad física de la población aumentaran sería más justificable tolerar un incremento en el aporte graso relativo de la dieta; sin embargo ante niveles de actividad física tan sedentarios, son preferentes dietas más ricas en hidratos

de carbono. Existe una notable controversia acerca si debe cuantificarse el porcentaje de energía a partir de los azúcares. La SENC haciéndose eco de las conclusiones de otros grupos de trabajo, decide no cuantificar la limitación al consumo de azúcares y alimentos azucarados, sino cualificarla. En consonancia con la etiopatogenia de la caries, se decide limitar la frecuencia del consumo de dulces por debajo de cuatro veces al día. Ello obliga a determinar esta variable cualitativa en los estudios epidemiológicos.

¹⁴ El consumo de frutas y hortalizas es muy variable de una comunidad a otras, destacando Cataluña, Aragón, Castilla-La Mancha y Navarra y La Rioja por los consumos más altos, y Canarias, Extremadura, Asturias y Cantabria por los consumos más bajos. Las diferencias entre estas comunidades son de más de 100 g/día. El aporte medio global debe llegar a unos 550 g/día a medio plazo y a más de 700 g/día a largo plazo.

¹⁵ El consumo de vino muestra también una clara variabilidad regional, con un moderado gradiente norte (consumos altos) - sur (consumos bajos). Madrid, Castilla-La Mancha, Extremadura, Comunidad Valenciana, Murcia, Andalucía y Canarias tienen consumos por debajo de 40 c.c./día. El consumo de vinos no debe generalizarse como estrategia de salud pública, pues parte de su efecto beneficioso puede obtenerse de la uva y de mostos, y porque el consumo de alcohol puede comprometer la salud en determinadas circunstancias (conducción, embarazo, adicción,...); sin embargo, se considera un consumo moderado de vinos, y por tanto permisible, aquel que no sobrepase los 250-400 c.c. /día en las comidas, algo menos en las mujeres.