

¿Han cambiado realmente las recomendaciones dietéticas en el siglo XXI? ¿Tenemos nuevos retos?

Have dietary recommendations really changed in the 21st century? Are there any new challenges?

Teresa Gaztañaga Aurrekoetxea

Médico Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Postgrado en Nutrición por las Universidades de Nancy (Francia) y Granada (España). Servicio de Medicina del Deporte. Unidad de Dietética y Nutrición. Hospital de día QUIRON SALUD Donostia. San Sebastián.

La evolución de los patrones estandarizados en alimentación, se manifiesta desde el concepto clásico de prevención de síntomas clínicos, en su inicio (1802 Smith, 1919 Royal Society London, 1933 *British Medical Association*, 1941 *National Research Council United States*, 1945 FAO) hasta la actualidad en su concepto de prevención y reducción de riesgo de enfermedades crónicas, mejora y mantenimiento de un estado óptimo de salud.

Las primeras ingestas recomendadas de energía y nutrientes para la población española datan de 1994, a propuesta del Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid (Varela G). Ese mismo año se editan las recomendaciones unificadas en Europa² y en EEUU, la primera publicación, es de 1989 (*Recommended Dietary Allowances - RDA*)³.

Desde principios de los años dos mil, los cambios en el estilo de vida con mayor sedentarismo, incremento de las enfermedades crónicas y la esperanza de vida, junto a las tendencias en el consumo de alimentos enriquecidos o fortificados, funcionales y dietéticos, que pueden influir en la ingesta diaria de nutrientes positiva o negativamente y el rápido avance de los conocimientos científicos en los campos de la nutrición y la salud, obligan a cada país a revisar y actualizar periódicamente los estándares para su población, siendo en Europa, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria - *European Food Safety Authority* (EFSA), quien edita las recomendaciones unificadas mediante comunicaciones puntuales^{4,7}.

Así, actualmente se ha consolidado la terminología a nivel internacional para distinguir los distintos conceptos utilizados. Las necesidades o el requerimiento medio estimado (*Estimated Average Requirement - EAR*), el umbral mínimo (*Low Threshold Intake - LTI*), el límite de seguridad o nivel máximo tolerable (*Tolerable Upper Intake Levels-UL*)⁸⁻¹⁰ y las ingestas dietéticas de referencia (*Dietary Reference Intakes - DRIs*) en EEUU o valores dietéticos de referencia (*Dietary Reference Values - DRVs*) en Europa^{4,5}.

Los valores dietéticos de referencia, son recomendaciones de la ingesta diaria con la relación de la energía y los nutrientes, más importantes, para la población sana por edad, sexo y situación fisiológica, que cubren los requisitos para el 97%-98% de la población. Se elaboran a partir de datos clínicos, epidemiológicos y experimentales, con la finalidad de responder a las necesidades fisiológicas y reducir el riesgo de enfermedades crónicas y/o degenerativas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, cáncer, otras). Están adaptadas a ambos sexos por rangos de edad desde los primeros meses de vida hasta más de 60 años, a las situaciones de embarazo, lactancia y esfuerzos físicos regulares de ligera y alta intensidad. Sirven como referencia también en ajustes individuales VN.

Se pretende que la media de la población se encuentre cubriendo los valores de las ingestas de referencia establecidos, DRIs-DVRs, con el menor número de personas por debajo de las necesidades nutricionales y sin caer en ninguno de los dos extremos, umbral mínimo (LTI) y límite de seguridad (UL).

Las ingestas recomendadas en energía y nutrientes para la población española, constan de: energía (ligera -10%, alta + 20%), proteínas, minerales (calcio, hierro, yodo, zinc, potasio, selenio), vitaminas (grupo B, C, A, D, K). También se incluyen valores de referencia para los hidratos de carbono, lípidos (ácido linoleico, ácido linolénico), fibra y agua, al igual que lo hacen la EFSA y EEUU^{4,7,11}.

La interpretación y utilización de las DRIs - DVRs necesitan de profesionales cualificados del ámbito de la salud para intervenir tanto a nivel individual como colectivo (preventivo, clínico, investigación), educación (programas de formación y divulgación), autoridades en salud y sobre todo en salud pública (guías dietéticas y de alimentación), industria agroalimentaria y restauración (etiquetado e información nutricional)^{3,8}. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, sirven de referencia no sólo para planificar dietas para grupos o colectivos determinados (diabéticos, deportistas, ...) e identificar

Correspondencia: Teresa Gaztañaga Aurrekoetxea
E-mail: ekeztg@gmail.com

poblaciones a riesgo si no, para elaborar dietas individuales tras una valoración nutricional.

La forma práctica de transmitir las recomendaciones científicas en hábitos de alimentación saludable a la población en general, incluyendo los deportistas, son las guías de alimentación y/o dietética editadas por entidades nacionales, sociedades científicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)¹¹⁻¹⁹.

Por lo que podemos percibir hasta aquí, es que en el siglo XXI tenemos establecidas las directrices para mantener activamente actualizados de forma más ágil y rápida, los valores de las ingestas de referencia, con conocimientos científicos, datos clínicos, epidemiológicos y experimentales, difundir los hábitos de una dieta saludable y llegar a obtener un nivel estable de mantenimiento de un estado óptimo de salud en la población.

Y, ¿no tenemos nuevos retos? Si los tenemos, evidentemente, orientados a obtener más datos de valoraciones de las necesidades individuales para ajustar los valores dietéticos de referencia, llegar hasta el ciudadano medio y fidelizar los hábitos apropiados en alimentación para repercutir positivamente en el estado de salud:

- Obtener un mayor número de datos epidemiológicos derivados de las necesidades individuales, logrados mediante evaluaciones nutricionales teniendo en cuenta la adaptación metabólica y fisiológica, la disponibilidad alimentaria y el ajuste dietético individualizado que debe de servir para corregir errores e introducir hábitos saludables y prevención del dopaje^{3,20}.
- Promover por parte de los responsables de políticas de salud, el estudio de los patrones de consumo alimentario, diseñar campañas y guías de alimentación y dietética, además, de su evaluación y seguimiento⁵.
- Fidelizar a la ciudadanía en el mantenimiento de buenos hábitos alimentarios, facilitando la investigación y la armonización entre los distintos profesionales del campo de la nutrición, dietética y alimentación.

Bibliografía

1. Vivanco F, Palacios JM, García Almansa A. Necesidades calóricas o energéticas. Alimentación y nutrición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Bilbao 1982;128-9.
2. Comité scientifique pour l'alimentation humaine (CSAH). Substances nutritives et consommation énergétique (avis émis le 11 décembre 1992). Commission européenne. Direction générale de l'industrie. Luxembourg: Office des publications officielles des communautés européennes, 1994.
3. Martin, G. Potier de Courcy. Besoins nutritionnels et apports conseillés pour la satisfaction de ces besoins. *EMC - Endocrinologie-Nutrition* 2012;1-26 [Article 10-308-A-10].
4. Moreiras Tuni O, Carbajal A, Cabrera Forneiro L, Cuadrado Vives C. *Ingestas recomendadas de energía y nutrientes para la población española (revisadas y ampliadas 2016)* Departamento de Nutrición Universidad Complutense Madrid. Tablas de composición de alimentos. Guía de prácticas, 18ª ed. Madrid: Pirámide. 2015;257-9.
5. EFSA sets European dietary reference values for nutrient intakes (2010-03-26). Disponible en: <https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/nda100326>
6. United States Department of Agriculture (USDA). National Agricultural Library <https://www.nal.usda.gov/fnic/dietary-reference-intakes>
7. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies Washington DC: National Academy Press. Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorous, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride (1997); Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline (1998); Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids (2000); Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc (2001); Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate (2005); and Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D (2011). These reports may be accessed via www.nap.edu.
8. Scientific Opinion on principles for deriving and applying Dietary Reference Values. *EFSA Journal* 2010; 8(3):1458 [30 pp.]. doi: 10.2903/j.efsa.2010.1458. Disponible en: <https://www.efsa.europa.eu/en/print/efsajournal/pub/1458>
9. Dietary Reference Intakes: Tolerable Upper Intake Level Values for Vitamins and Elements NAS. IOM. Food and Nutrition Board. Comprehensive DRI tables for vitamins, minerals and macronutrients; organized by age and gender. Includes the 2011 updated recommendations for calcium and vitamin D. These reports may be accessed via www.nap.edu.
10. European Food Safety Authority (EFSA). Tolerable Upper Intake Levels for Vitamins and Minerals by the Scientific Panel on Dietetic products, nutrition and allergies (NDA) and Scientific Committee on Food (SCF). European Food Safety Authority 2006. Disponible en: <https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/assets/ndatolerableuil.pdf>
11. Moreiras Tuni O, Carbajal A, Cabrera Forneiro L, Cuadrado Vives C. *Calidad de la dieta y objetivos nutricionales para la población española*. Departamento de Nutrición Universidad Complutense Madrid. Tablas de composición de alimentos. Guía de prácticas, 18ª ed. Madrid: Pirámide. 2015; 274-81.
12. Ministerio de Agricultura Alimentación y medio Ambiente. Disponible en: <http://www.alimentacion.es/es/campanas/>
13. Ministerio De Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/home/aecosan_inicio.htm
14. Organización Mundial de la Salud (OMS) - World Health Organization (WHO) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
15. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - Food and Agriculture Organization (FAO). Disponible en: <http://www.fao.org/nutrition/educacion-nutricional/food-dietary-guidelines/home>
16. Dietary guidelines for americans. Disponible en: <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>
17. Academy of Nutrition and Dietetic. Disponible en: <http://www.eatright.org/>
18. Health Canada. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-eng.php>
19. Dietitians of Canad. Disponible en: <http://www.dietitians.ca/>
20. Thomas DT, Erdman KA, Burke LM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: Nutrition and Athletic Performance. *J Acad Nutr Diet*. 2016 Mar;116(3):501-28. doi: 10.1016/j.jand.2015.12.006.

XXVI International Conference on Sports Rehabilitation and Traumatology

The Future of Football Medicine

Camp Nou, Barcelona

13th - 15th May, 2017



**ISOKINETIC
MEDICAL
GROUP**



Hosted by:



FCBUNIVERSITATIS
SPORT INNOVATION HUB

BOOKINGS & INFORMATION
conference@isokinetic.com

www.FootballMedicineStrategies.com

