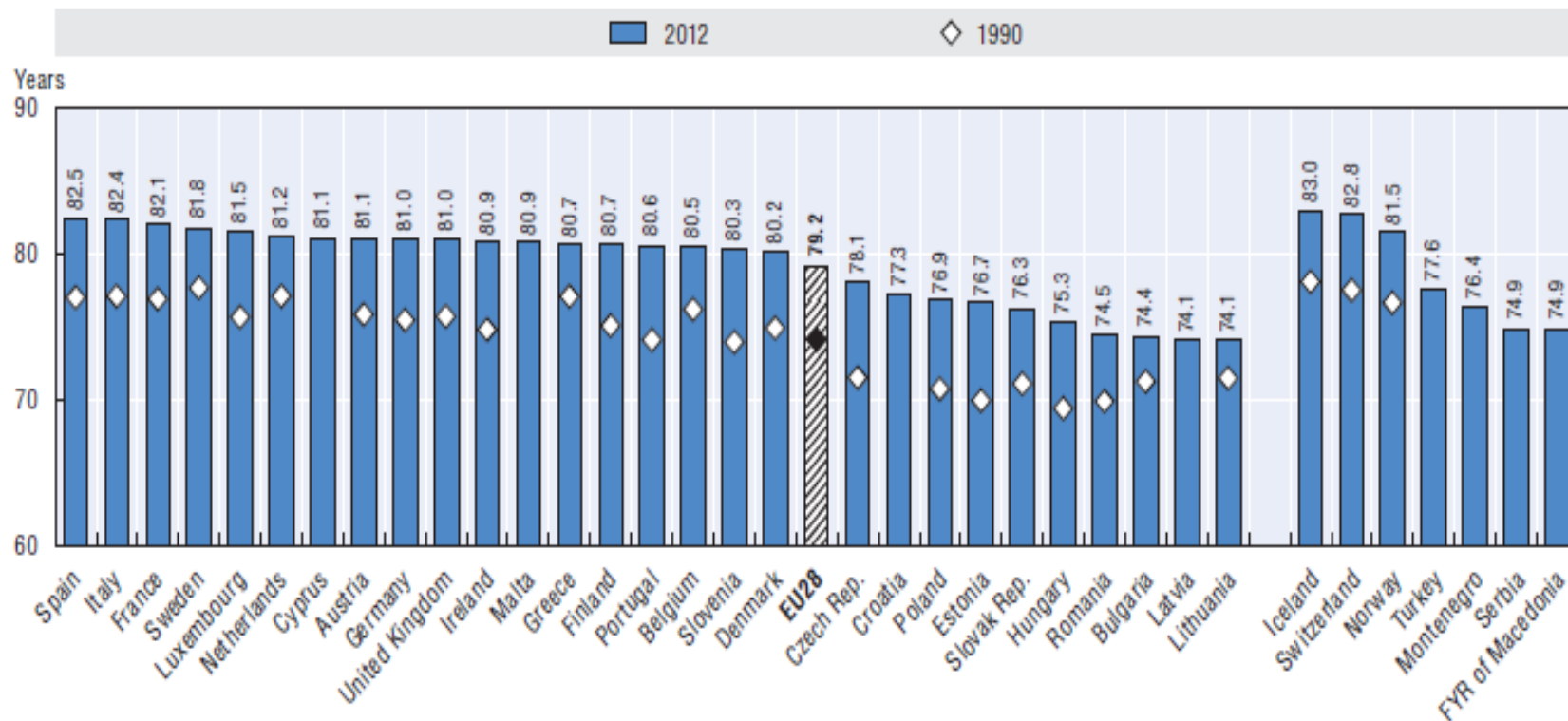


# Estado de salud



# Esperanza de vida al nacimiento, 1990-2012

## 1.1.1. Life expectancy at birth, 1990 and 2012

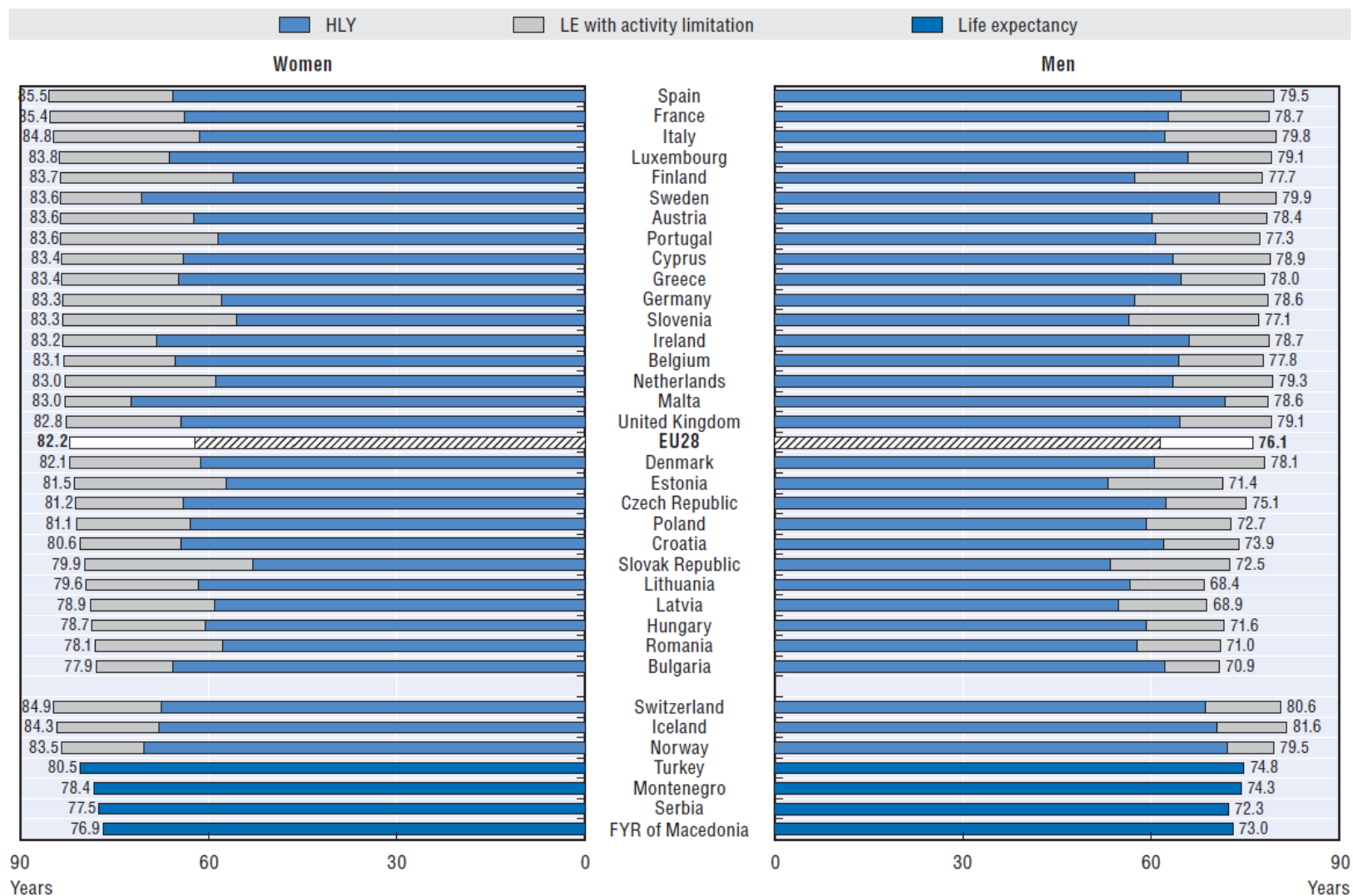


Source: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Esperanza de vida al nacer en Galicia: 82,92

Varones: 79,72; Mujeres: 86,03

### 1.1.2. Life expectancy (LE) and healthy life years (HLY) at birth, by gender, 2012



Source: Eurostat Statistics Database.



# Enfermedades crónicas no transmisibles

**E. Cardiovasculares**

**Cáncer**

**Diabetes**

**Obesidad**

**E. Respiratorias**

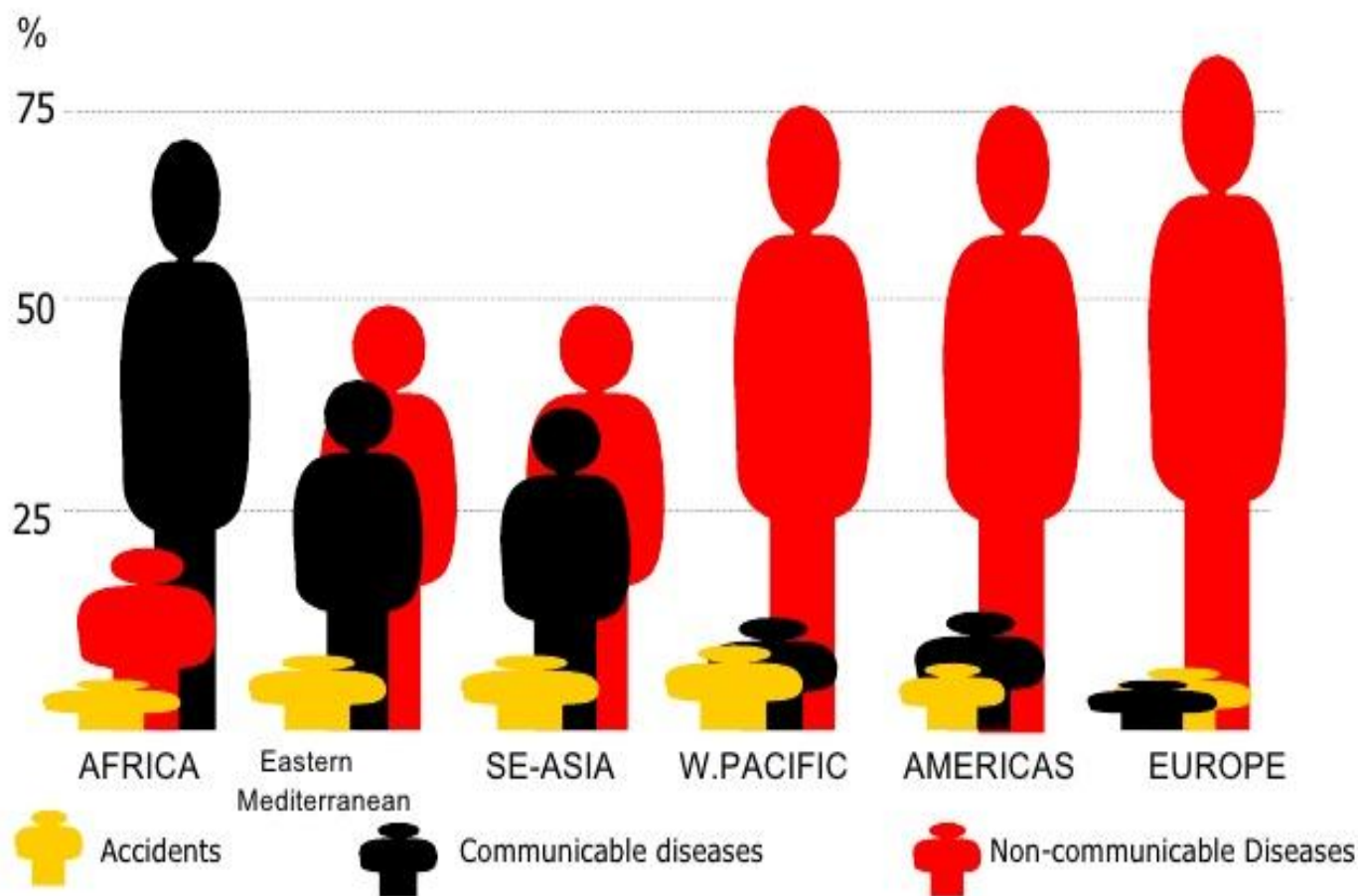
**60 Millones de defunciones  
46% Carga mundial de morbilidad  
(57% en 2020)**

**300 millones de mujeres y 200 millones  
de hombres obesos**

**43 millones de menores de 5 años con  
sobrepeso**



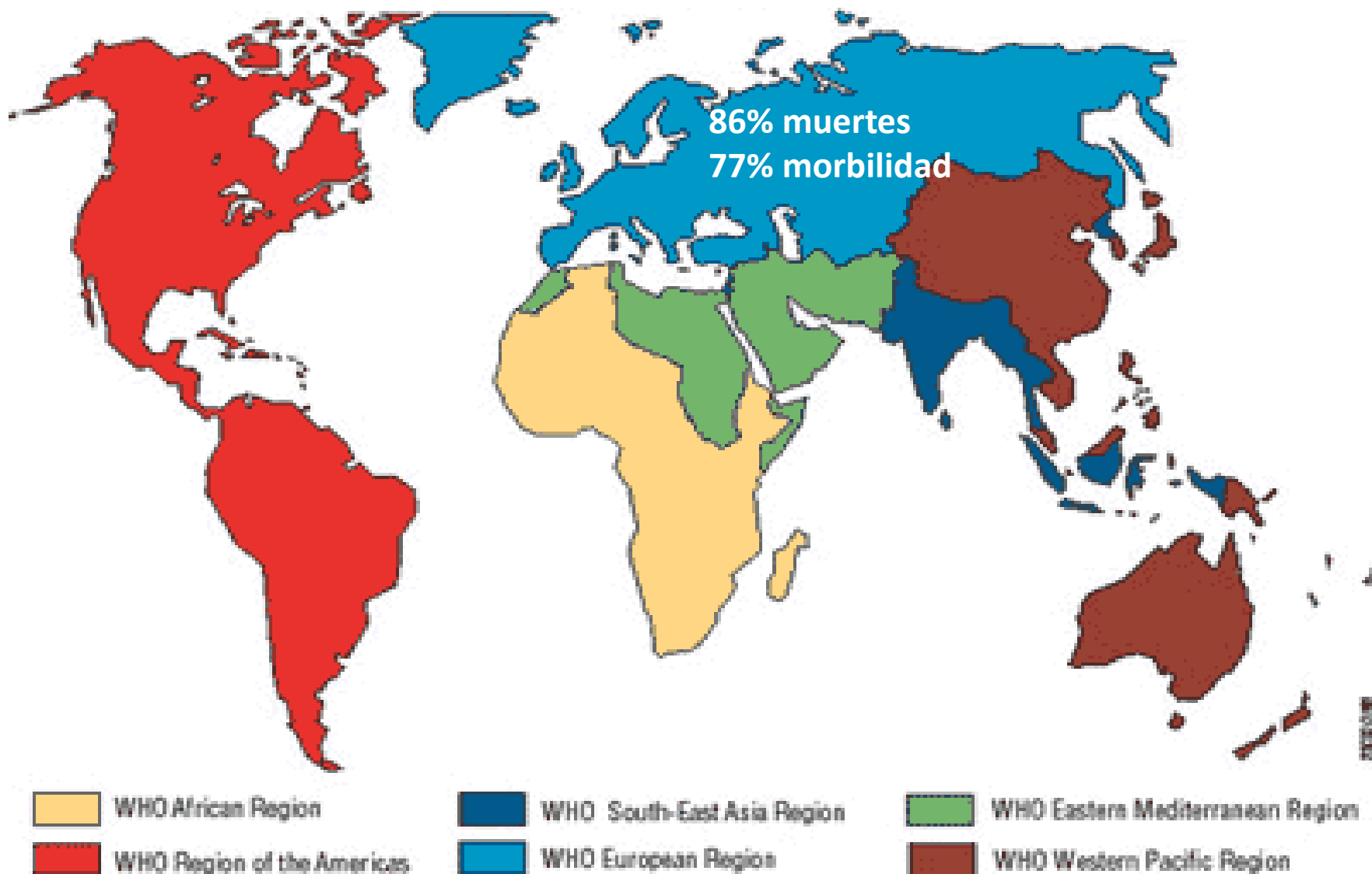
## Causas de mortalidad en distintas regiones OMS



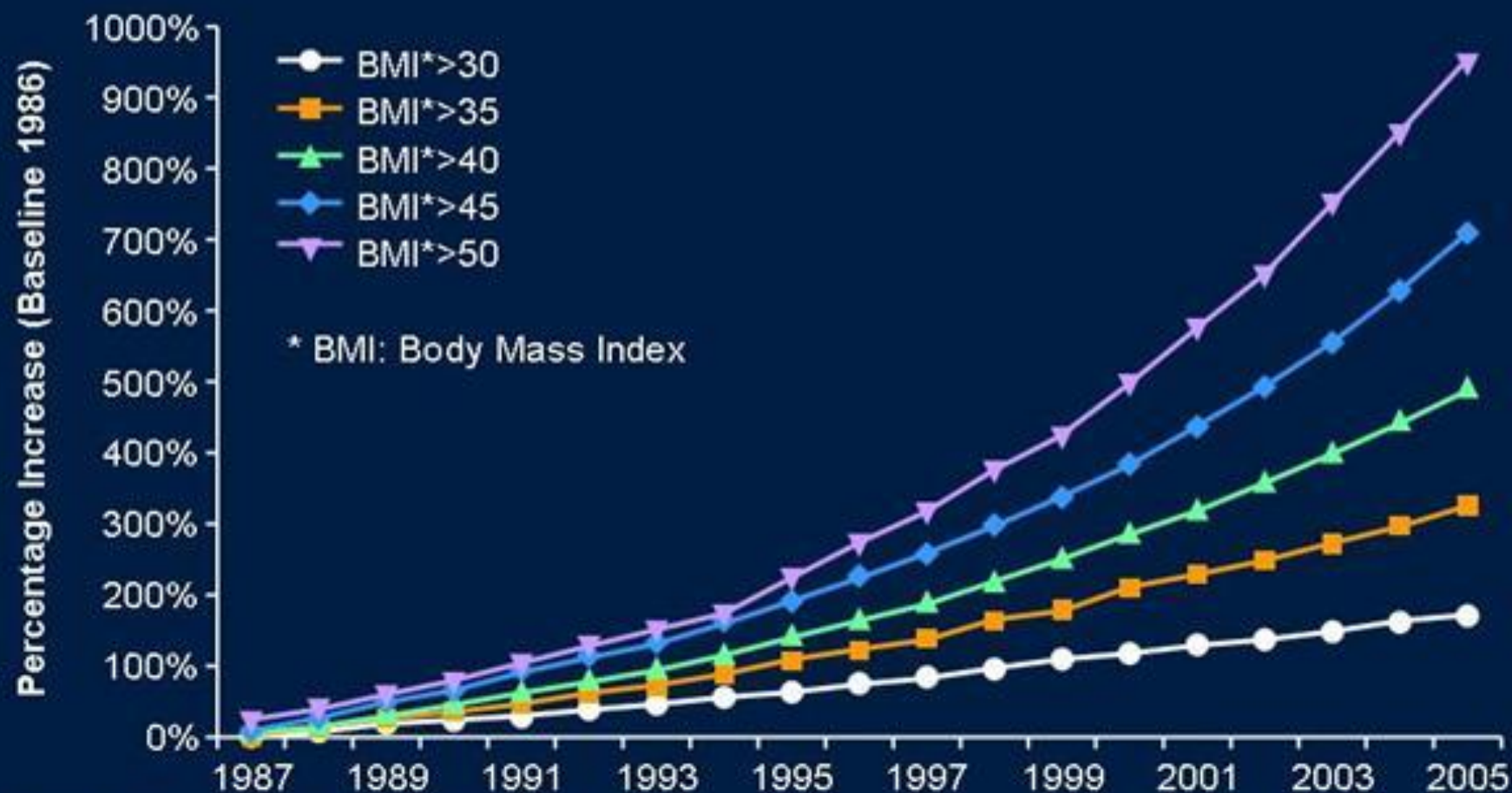
Source: WHO, World Health Report 2004



## Enfermedades crónicas no transmisibles Región europea OMS

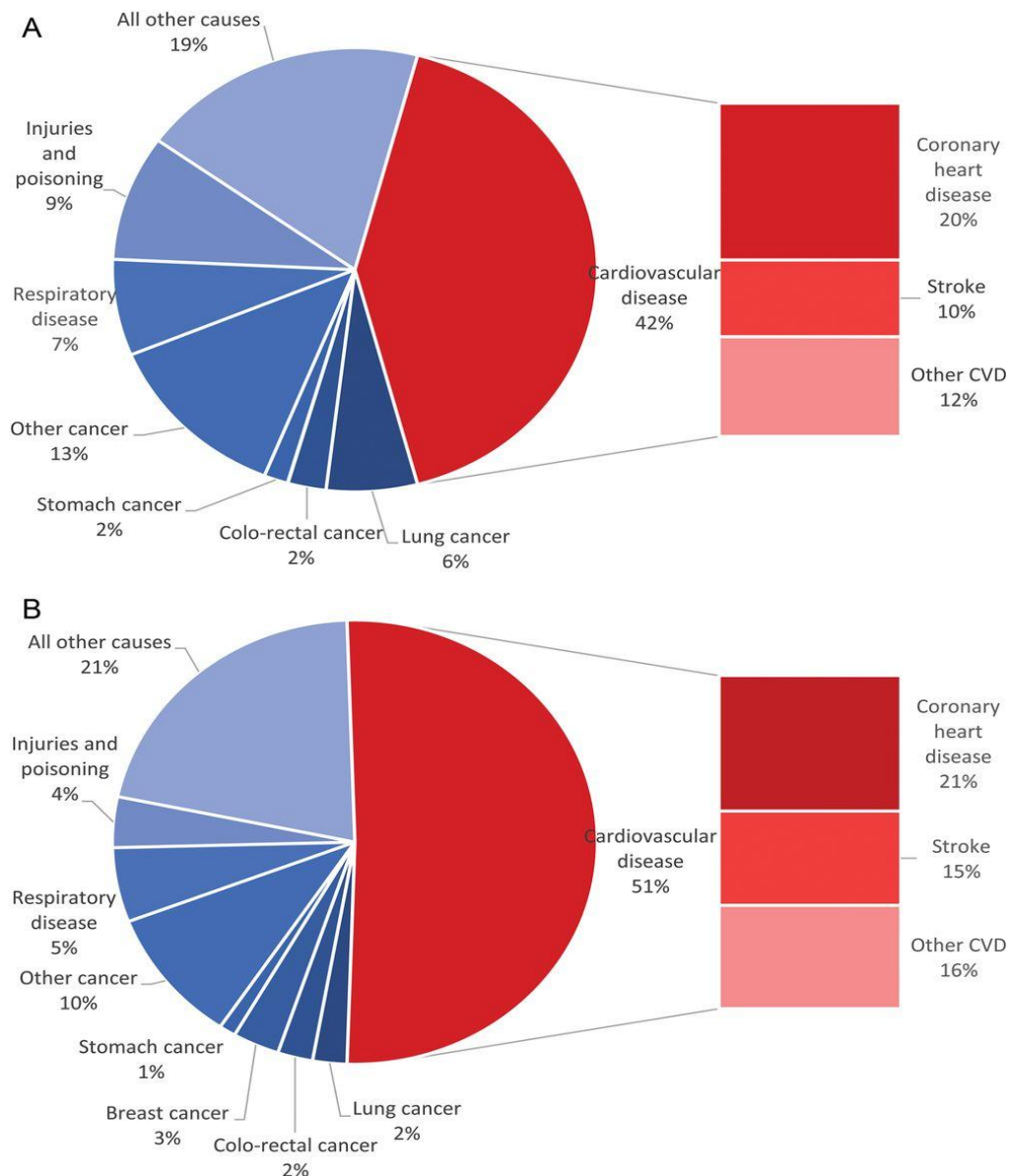


# Increasing Prevalence of Extreme Obesity





## Principales causas de muerte en Europa







XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Dirección Xeral de Innovación e

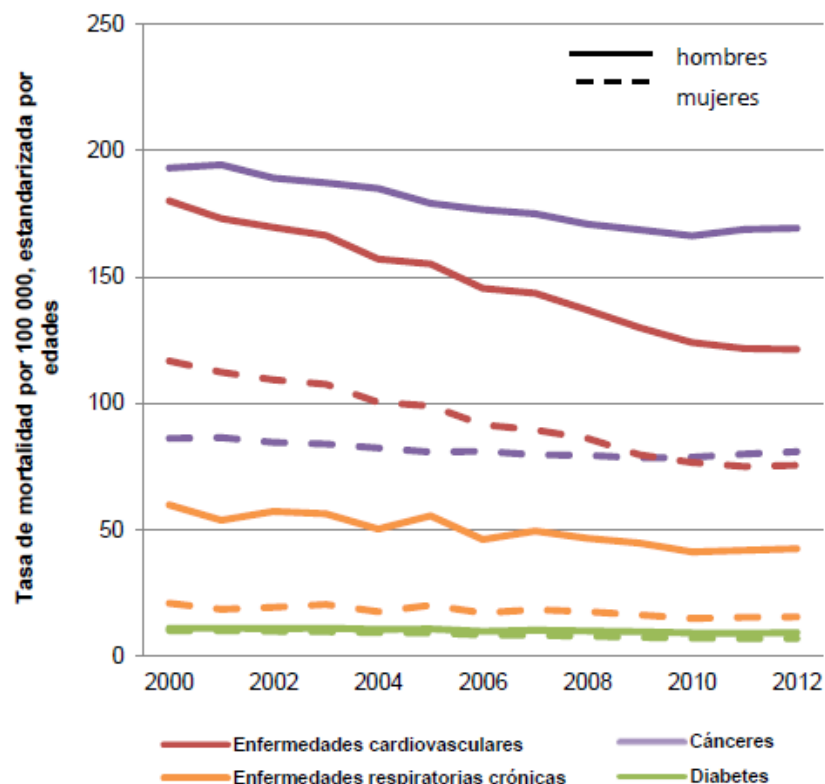
Xestión da Saúde Pública

## ENT: Perfiles por países. España, 2014

Población total: 46 755 000

Grupo de ingresos: Altos

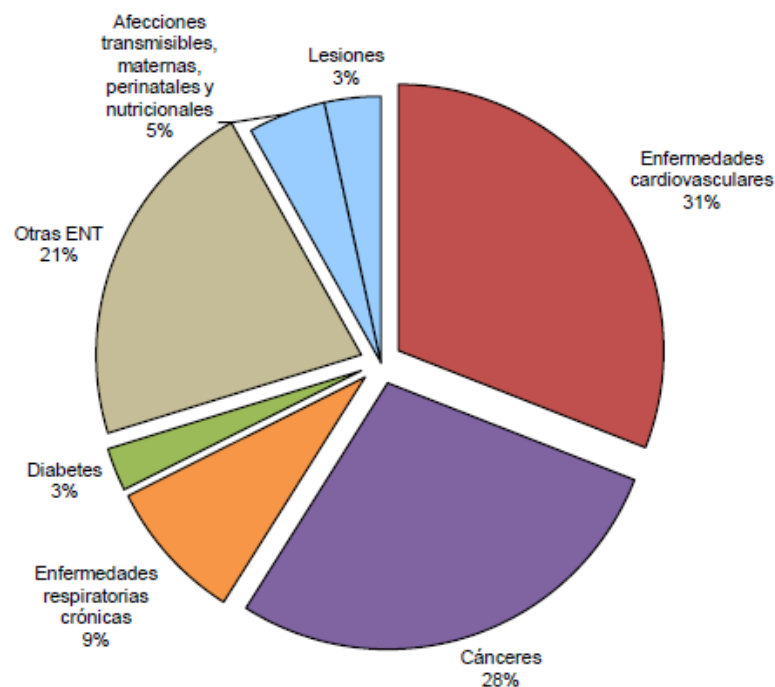
### Tasas de mortalidad estandarizadas por edades



Porcentaje de la población residente en zonas urbanas: 77.4%

Proporción de la población de edades comprendidas entre los 30 y los 70 años: 55.7%

### Mortalidad proporcional (% del total de muertes, todas las edades, ambos sexos)



Total de muertes: 398,000

Se calcula que las ENT son la causa del 92% del total de las muertes.



## ENT: Perfiles por países. España

### Factores de riesgo para adultos

	hombres	mujeres	total
Consumo de tabaco actual (2011)	33%	27%	30%
Consumo total de alcohol per cápita, en litros de alcohol puro (2010)	15.9	6.7	11.2

### Factores de riesgo ligados al comportamiento

<i>Prevalencia estimada 2008 (%)</i>	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>	<i>total</i>
Consumo de tabaco diario actual	30.5	21.6	25.9
Inactividad física	47.7	56.3	52.1

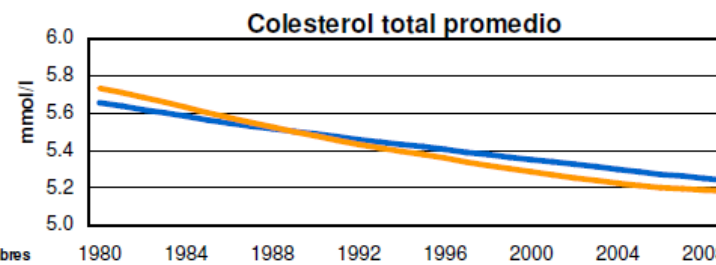
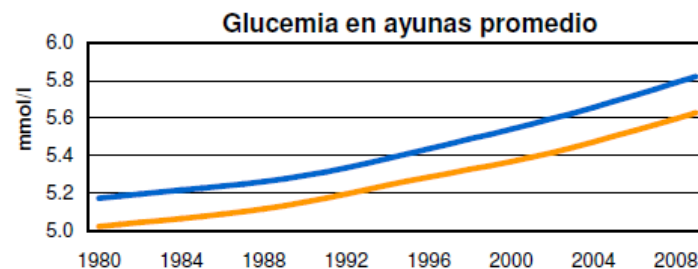
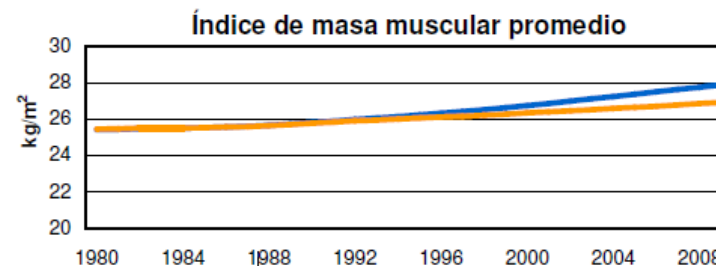
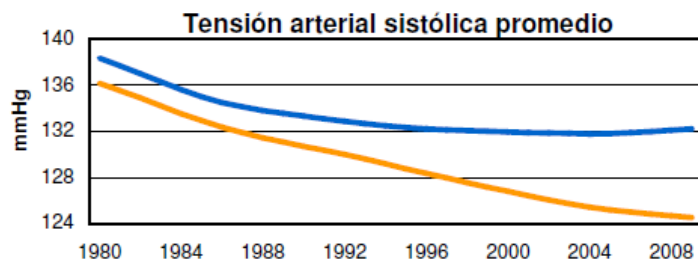
### Factores de riesgo metabólicos

<i>Prevalencia estimada 2008 (%)</i>	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>	<i>total</i>
Presión arterial elevada	44.5	39.0	41.7
Glucosa en la sangre elevada	12.0	10.6	11.3
Sobrepeso	67.7	56.6	62.0
Obesidad	26.5	26.7	26.6
Colesterol elevado	59.4	56.0	57.6



## ENT: Perfiles por países. España

### Tendencias de los factores de riesgo metabólicos



■ hombres  
■ mujeres



**Tabla 4 Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipercolesterolemia en el total de la población y por sexo en España<sup>9</sup>**

Concepto	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Prevalencia (%)	50,3	48,4	52,1
Conocimiento (%)	50,0	51,5	48,6
Tratamiento en conocidos (%)	41,7	40,7	42,8
Control en tratados (%)	52,9	59,5	46,8

Prevalencia de hipercolesterolemia: colesterol total (CT) elevado en sangre (> 200 mg/dl) o en tratamiento farmacológico.

Hipercolesterolemia conocida: CT elevado medido y referido por el sujeto.

Hipercolesterolemia tratada: CT elevado conocido y tratado farmacológicamente.

Hipercolesterolemia controlada: CT tratado con cifras < 200 mg/dl.

El conocimiento se calculó en los individuos considerados hipercolesterolémicos por las cifras de CT o por estar con medicación hipolipemiente.

Aunque parece mentira es menos frecuente que lo que pensamos



# Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de España, 2008-2010

	<i>n</i>	<i>Sobrepeso*</i> %	<i>Obesidad</i> %
<b>Total</b>	12036	<b>39,4</b>	<b>22,9</b>
<b>18-44</b>	6018	33,4	15,0
<b>45-64</b>	3580	44,9	27,8
<b>65+</b>	2438	46,0	35,0

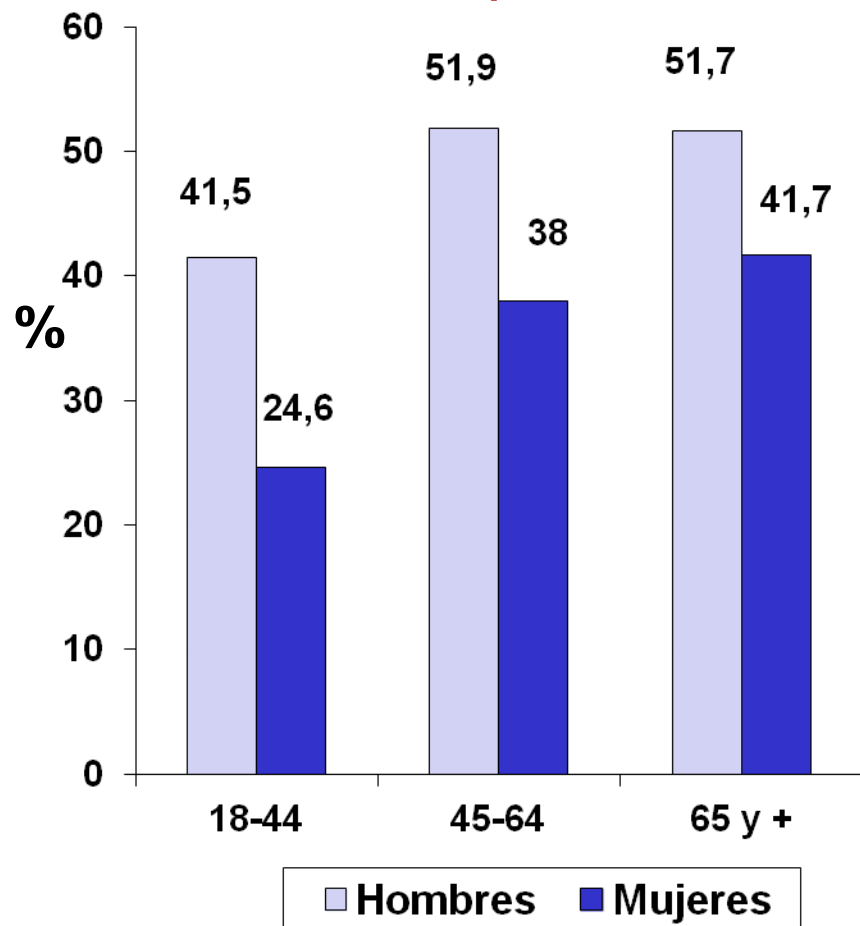
IMC: Índice de masa corporal

\*Sobrepeso: IMC 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>; Obesidad: IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>,

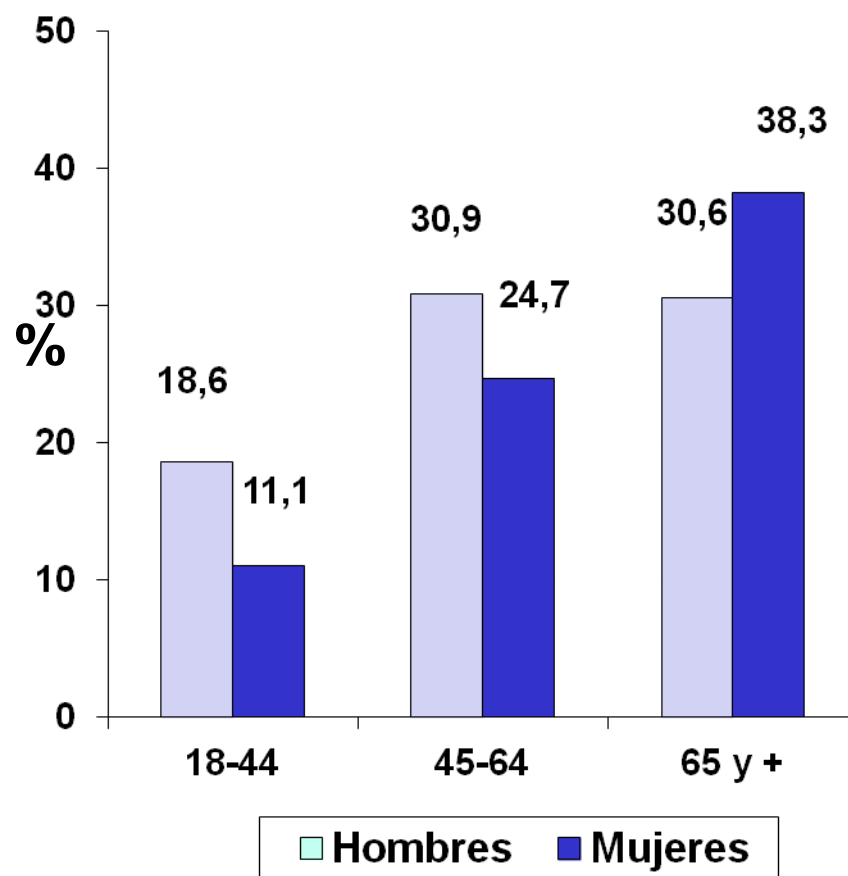


# Prevalencia de sobrepeso y obesidad en España por sexo y edad, 2008-2010

Sobrepeso: 39,4



Obesidad: 22,9





## Población gallega superior a 65 años. Enfermedades crónicas



**1ª causa de muerte:  
Enfermedades aparato  
circulatorio**

**Prevalencia Hipertensión  
arterial**  
40-49.....24%  
>70 a.....79,6%

**Prevalencia Diabetes M.**  
40-49.....4,9%  
>70 a.....29,3%



# Enfermedades crónicas en Galicia

Sobrepeso (%)			Obesidad (%)		
V	M	T	V	M	T
50,1	34,3	<b>41,9</b>	21,5	25	<b>23,3</b>

IMC	18-39 a.		40-59 a.		≥ 60 a.	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
<b>Normopeso (18,5-24,9)</b>	43,5	58,8	22,7	37,4	12,4	21,2
<b>Sobrepeso (25-29,9)</b>	42,7	<b>25,7</b>	52,6	<b>37,4</b>	57,5	<b>40,6</b>
<b>Obesidad G1 (30-34,9)</b>	10,8	<b>10,1</b>	19,6	<b>18,1</b>	24,5	<b>25,7</b>
<b>Obesidad G2 (35-39,9)</b>	1,9	<b>1,8</b>	3,6	<b>4,6</b>	4,3	<b>9,0</b>
<b>Obesidad G3 (&gt;40)</b>	,3	<b>1,1</b>	1,3	<b>1,8</b>	1,2	<b>3,1</b>

Fuente: Enquisa hábitos alimentarios da poboación adulta galega (>18 anos) (EHAPAG). 2007

## Prevalencia enfermedades crónicas en Galicia

### Diabetes tipo 2

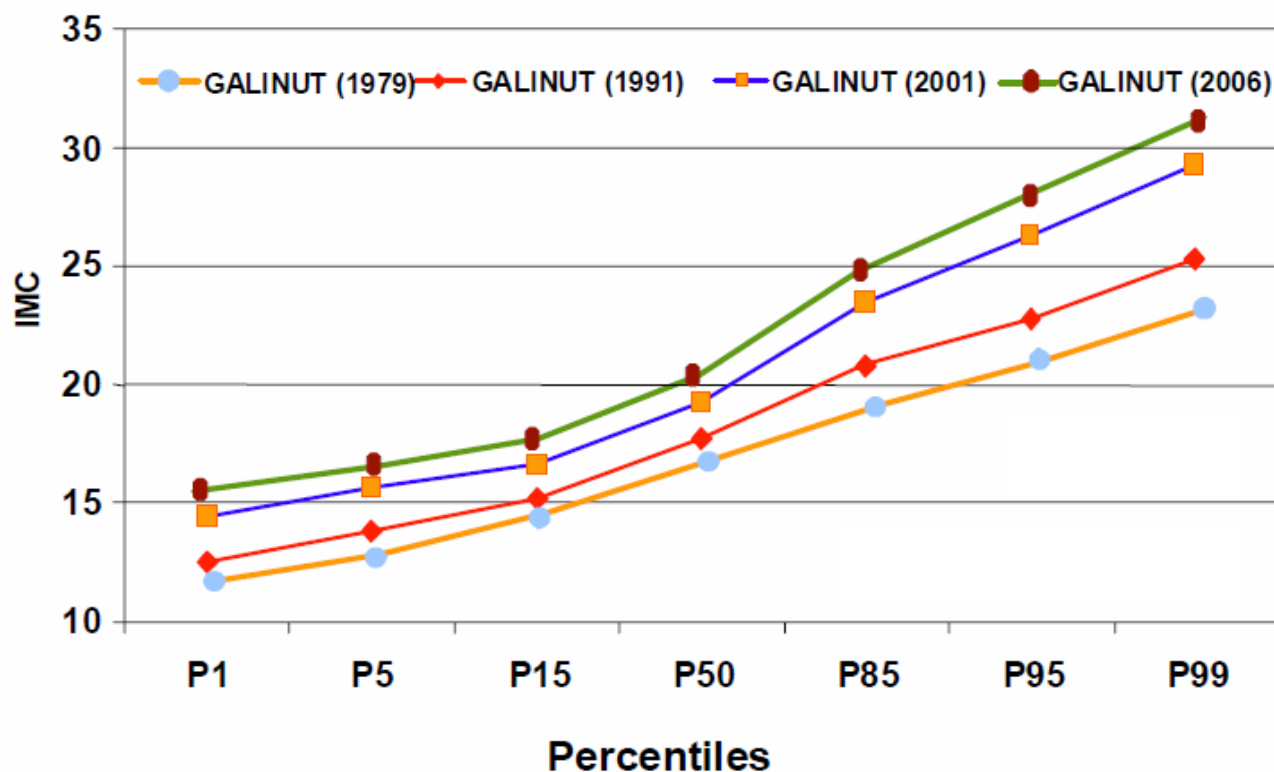
Edad (años)	Varones	Mujeres	Total
<30	1.4	1.7	1.6
30-39	4.0	2.4	3.1
40-49	6.6	3.4	4.9
50-59	13.0	7.4	<b>10.1</b>
60-69	25.6	18.9	<b>21.9</b>
>70	34.3	26.0	<b>29.3</b>
<b>TOTAL</b>	8.4	6.0	<b>7.1</b>

### Hipertensión Arterial

Edad (años)	Varones	Mujeres	Total
<30	13.3	3.9	<b>8.2</b>
30-39	20.5	6.0	<b>12.5</b>
40-49	32.0	16.9	<b>24.2</b>
50-59	48.6	38.9	<b>43.6</b>
60-69	59.0	56.3	<b>57.5</b>
>70	74.6	83.0	<b>79.6</b>
<b>TOTAL</b>	30.7	21.0	<b>25.5</b>

Fuente: Estudio 2004. Fundación de Endocrinología e Nutrición Galega (FENGA)

## Evolución de los percentiles del IMC (k/m<sup>2</sup>) en niños de 10 años. 1979-2006. Curva de Gauss progresivamente a la derecha. El Estudio GALINUT



Tojo R, Leis R. Estrategia NAOS 2007, USC-HCU 2007

## PREVALENCIA OBESIDADE EN ESCOLARES DE 6-15 ANOS DE GALICIA. ESTUDO 2013

	Rapaces			Rapazas			Todos		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
<b>Global (6-15 anos)</b>									
Baixo peso	3,3	2,6	4,0	3,7	3,0	4,3	3,5	3,0	4,0
Peso normal	63,6	61,9	65,2	63,3	61,3	65,2	63,4	62,1	64,8
Sobrepeso	24,0	22,5	25,5	25,8	24,2	27,5	24,9	23,7	26,1
Obesidade	9,2	8,2	10,2	7,3	6,1	8,4	8,2	7,5	9,0
Obesidad central (1)	26,4	24,6	28,2	25,3	23,3	27,2	25,8	24,4	27,3
Obesidad central (2)	22,0	20,3	23,6	19,5	17,5	21,5	20,8	19,3	22,2
<b>Educación Primaria (6-11 anos)</b>									
Baixo peso	3,5	2,6	4,4	3,1	2,4	3,9	3,3	2,7	3,9
Peso normal	61,9	59,9	63,9	61,5	59,2	63,9	61,7	60,0	63,4
Sobrepeso	24,6	22,7	26,4	26,6	24,4	28,9	25,6	24,0	27,1
Obesidade	10,1	8,8	11,4	8,7	7,1	10,3	9,4	8,4	10,5
Obesidad central (1)	25,6	23,3	28,0	26,3	23,8	28,7	25,9	24,0	27,8
Obesidad central (2)	22,8	20,6	25,1	21,2	18,5	23,9	22,0	20,0	24,0
<b>ESO (12-15 anos)</b>									
Baixo peso	3,0	2,0	4,1	4,6	3,3	5,8	3,8	2,9	4,6
Peso normal	66,3	63,5	69,1	66,0	62,7	69,3	66,2	64,0	68,3
Sobrepeso	23,1	20,5	25,6	24,6	22,0	27,1	23,8	22,0	25,6
Obesidade	7,6	6,2	9,1	4,9	3,5	6,2	6,3	5,3	7,3
Obesidad central (1)	27,6	25,0	30,3	23,7	20,4	26,9	25,7	23,6	27,8
Obesidad central (2)	20,5	18,1	23,0	16,9	14,1	19,7	18,8	16,8	20,7

Obesidade central(1): perímetro de cintura

Obesidade central(2): razón cintura/altura

Referencia: Puntos de corte de Cole para valorar o IMC entre os 2 e os 18 anos e a partir da extrapolación dos valores propostos pola OMS para os adultos, e axustando un modelo a partir de percentís de diferentes estudos realizados en diferentes poboacións  
 Perímetro de cintura: Taylor  
 Cintura/talla: Browning .



## Enfermedades crónicas. Factores de riesgo

### Comunes y modificables

- Tabaco
- Hipertensión Arterial
- Hipercolesterolemia
- Obesidad
- Alcohol
- Dieta Inadecuada
- Sedentarismo

Dieta

A. física

Tabaco

Estilo

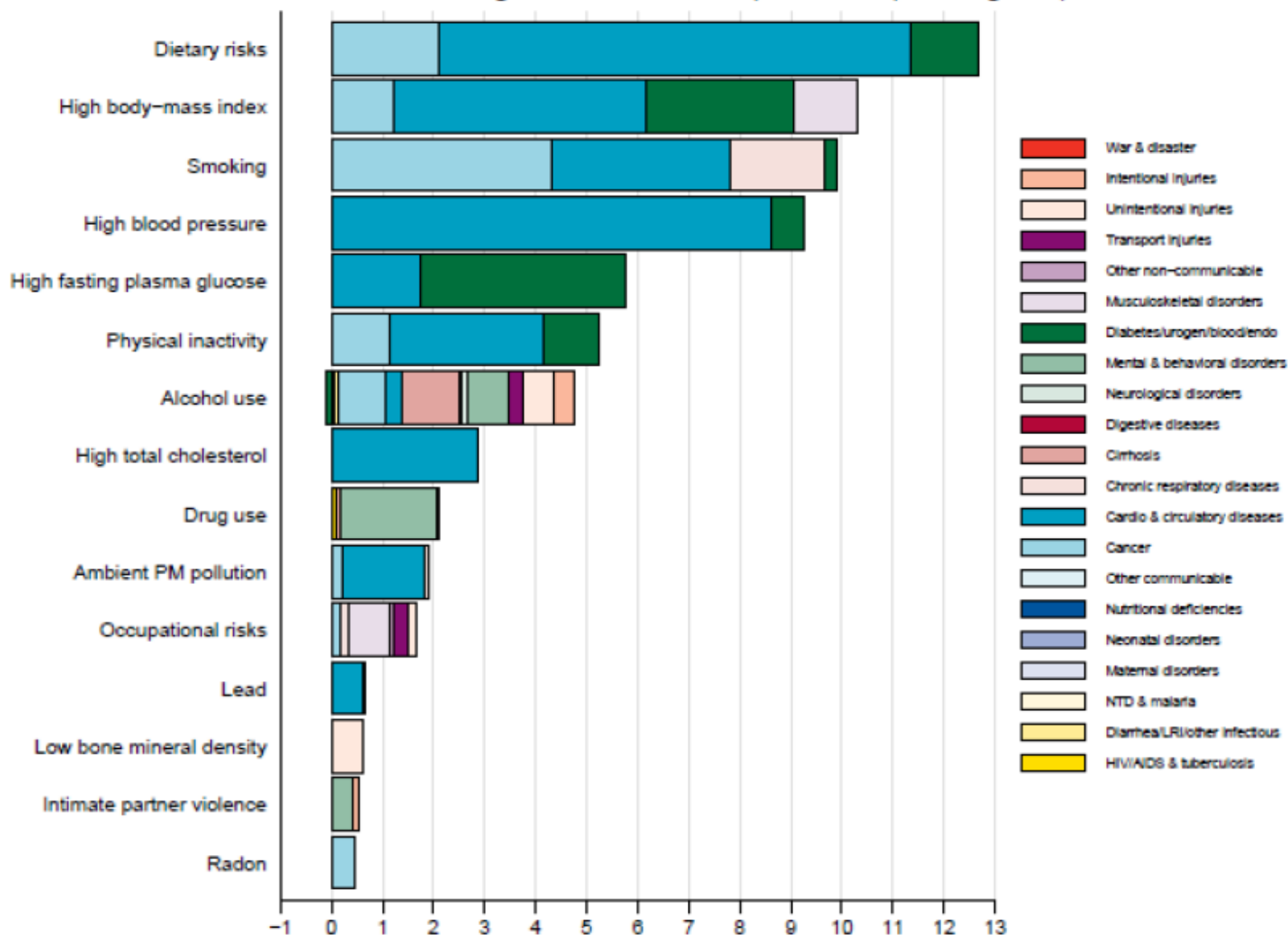
de

Vida

**OMS, 2005**

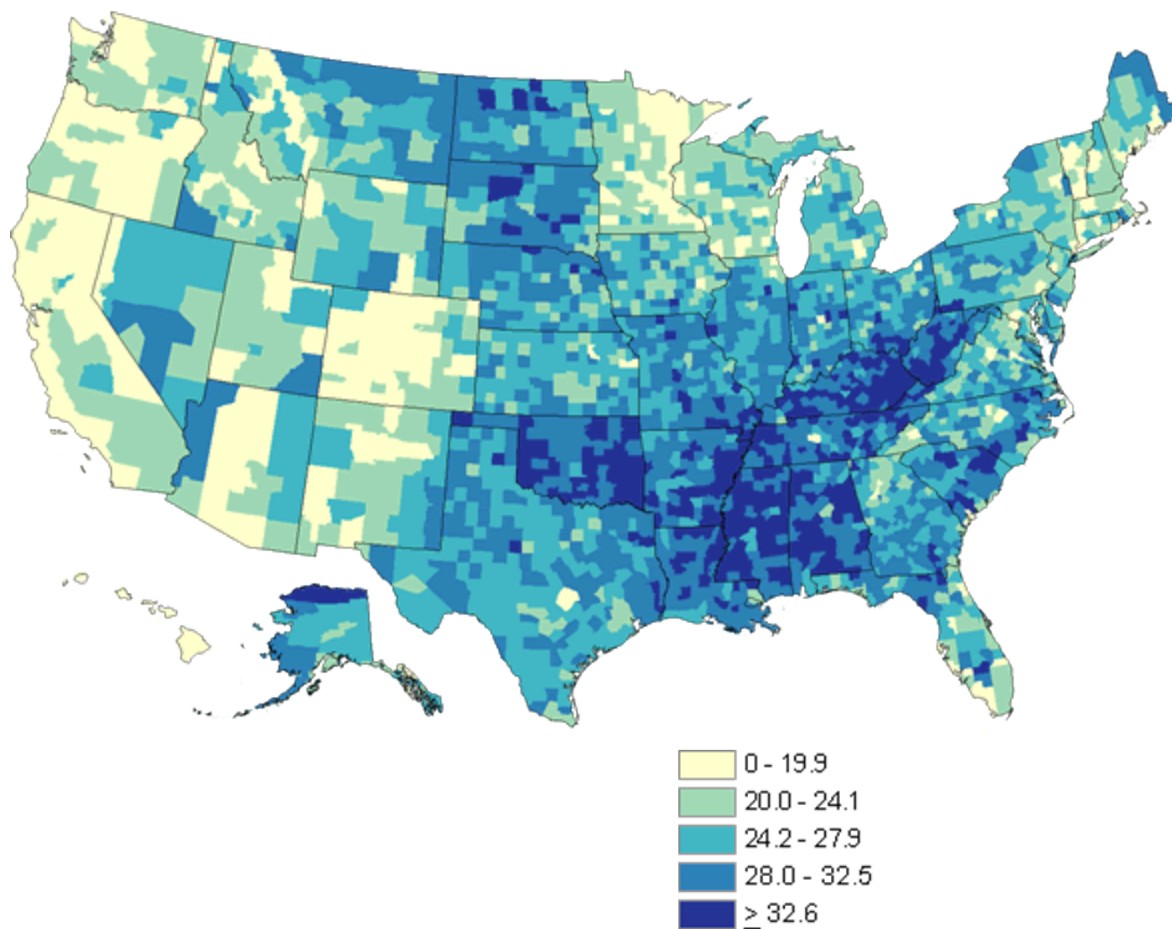
## Carga de morbilidad atribuible a 15 factores de riesgo principales

Burden of disease attributable to 15 leading risk factors in 2010, expressed as a percentage of Spain DALYs





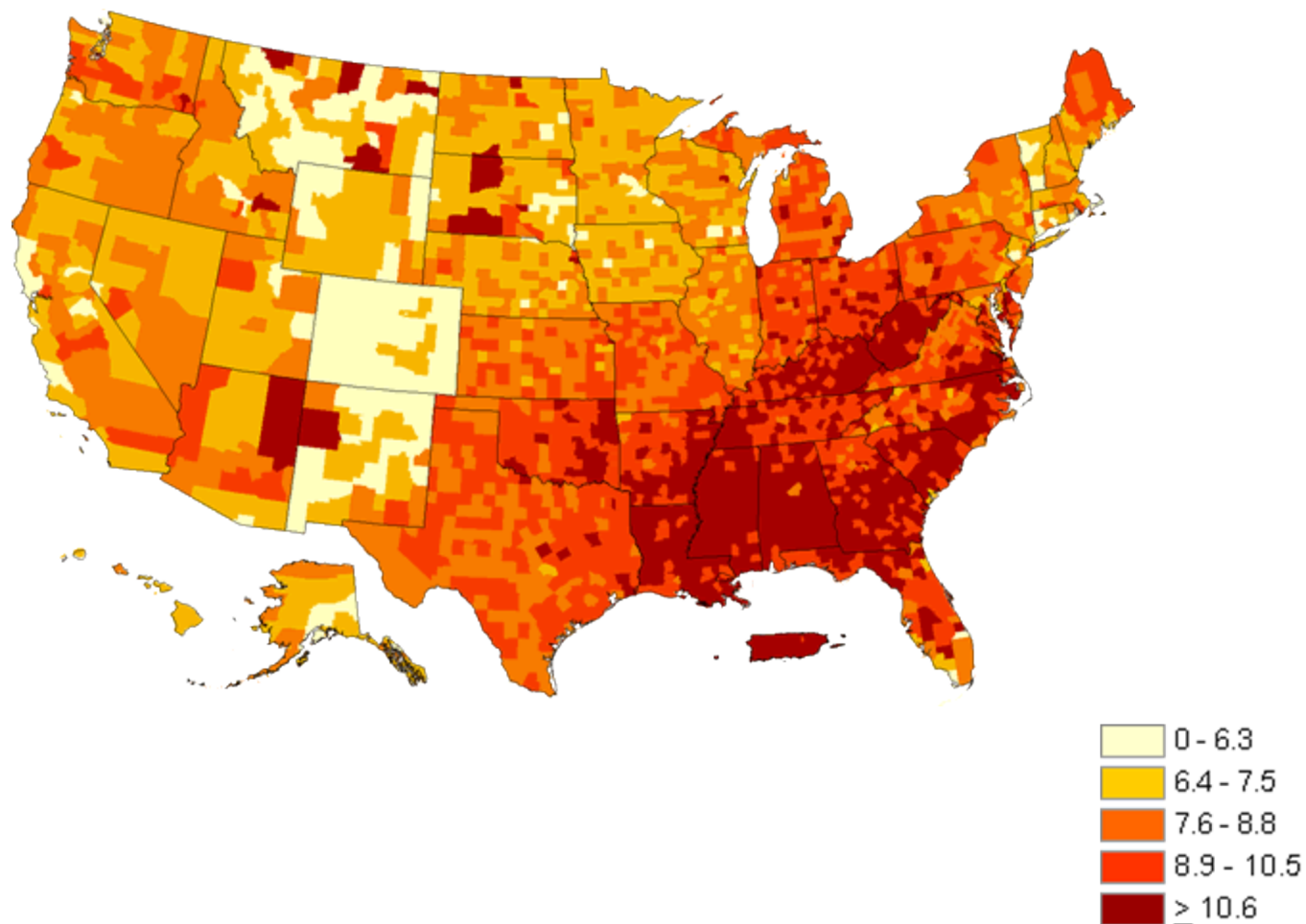
## Inactividad física. Adultos USA, 2009





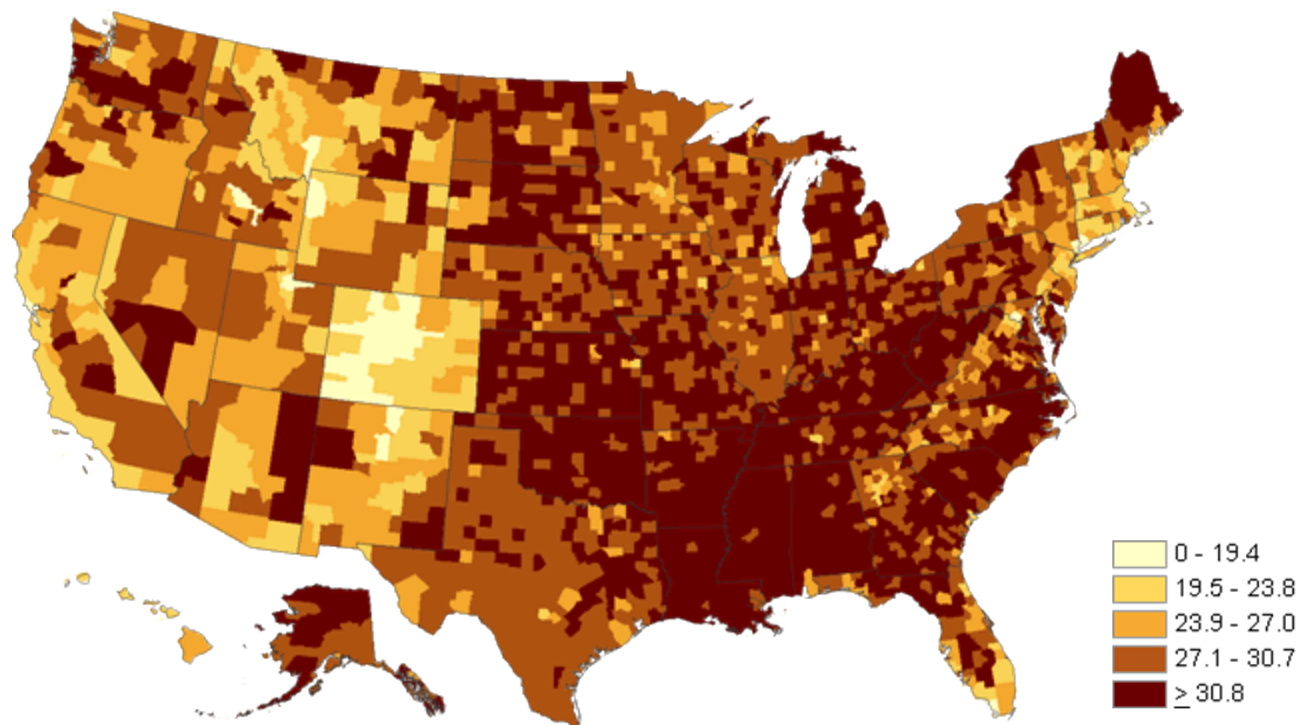


## Diabetes diagnosticada. Adultos 2009

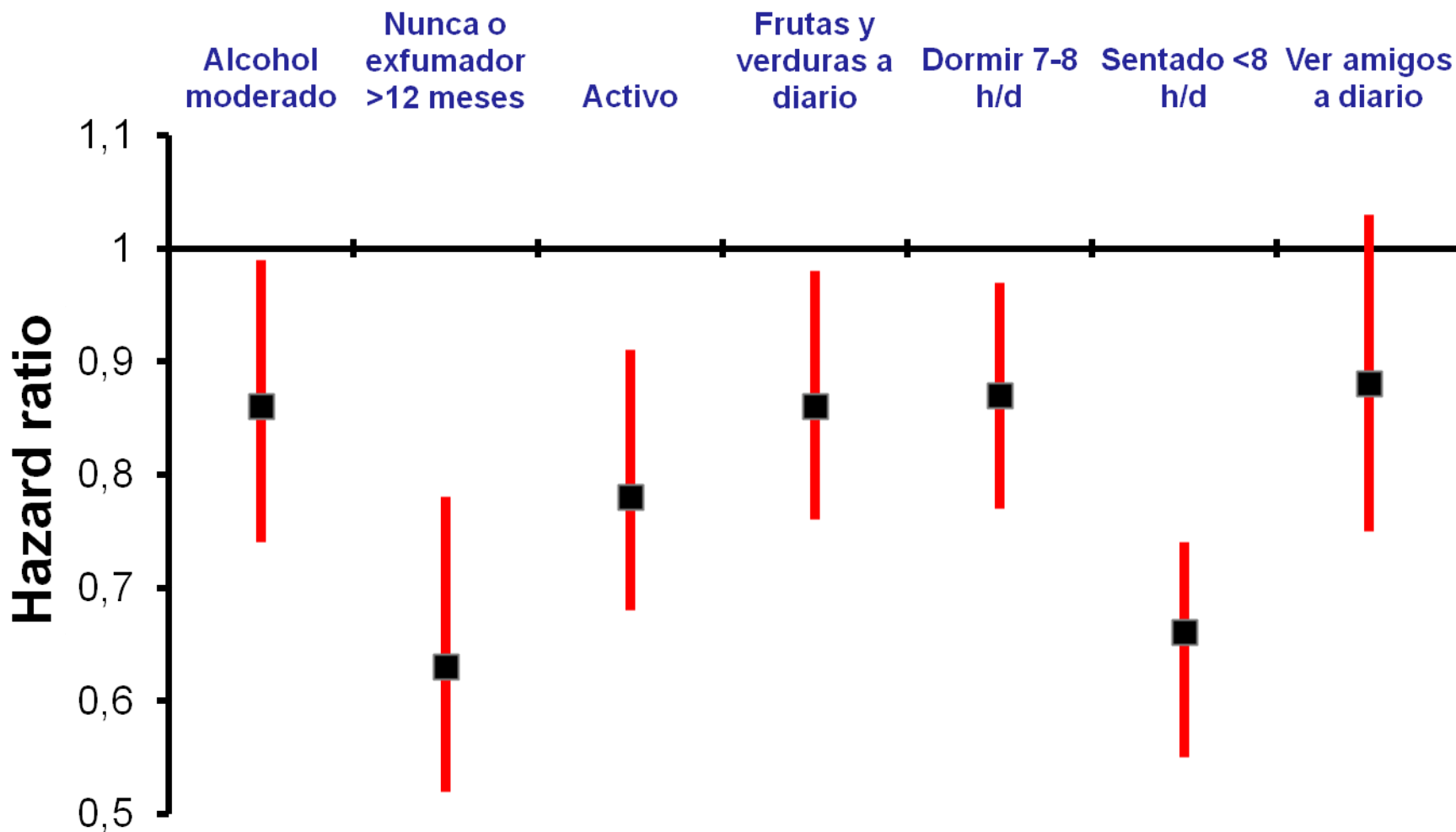




## Obesidad. Adultos 2009



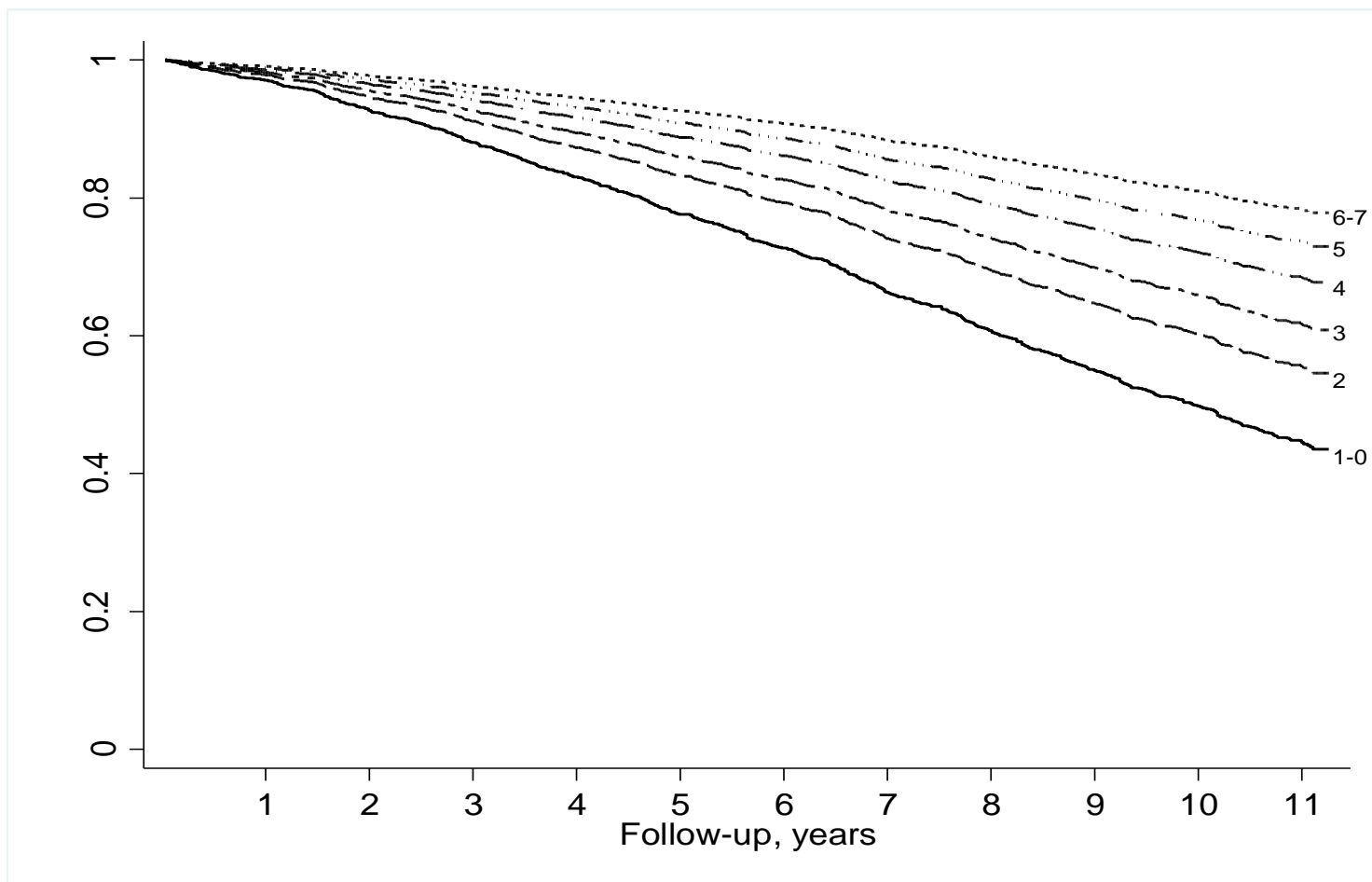
## Estilos de vida y mortalidad a lo largo de 11 años de seguimiento en adultos mayores en España



Ajustado por e dad, sexo, NSE, clase social, IMC, CC, PAS, hipercolesterolemia, número de comorbilidades, y el resto de estilos de vida

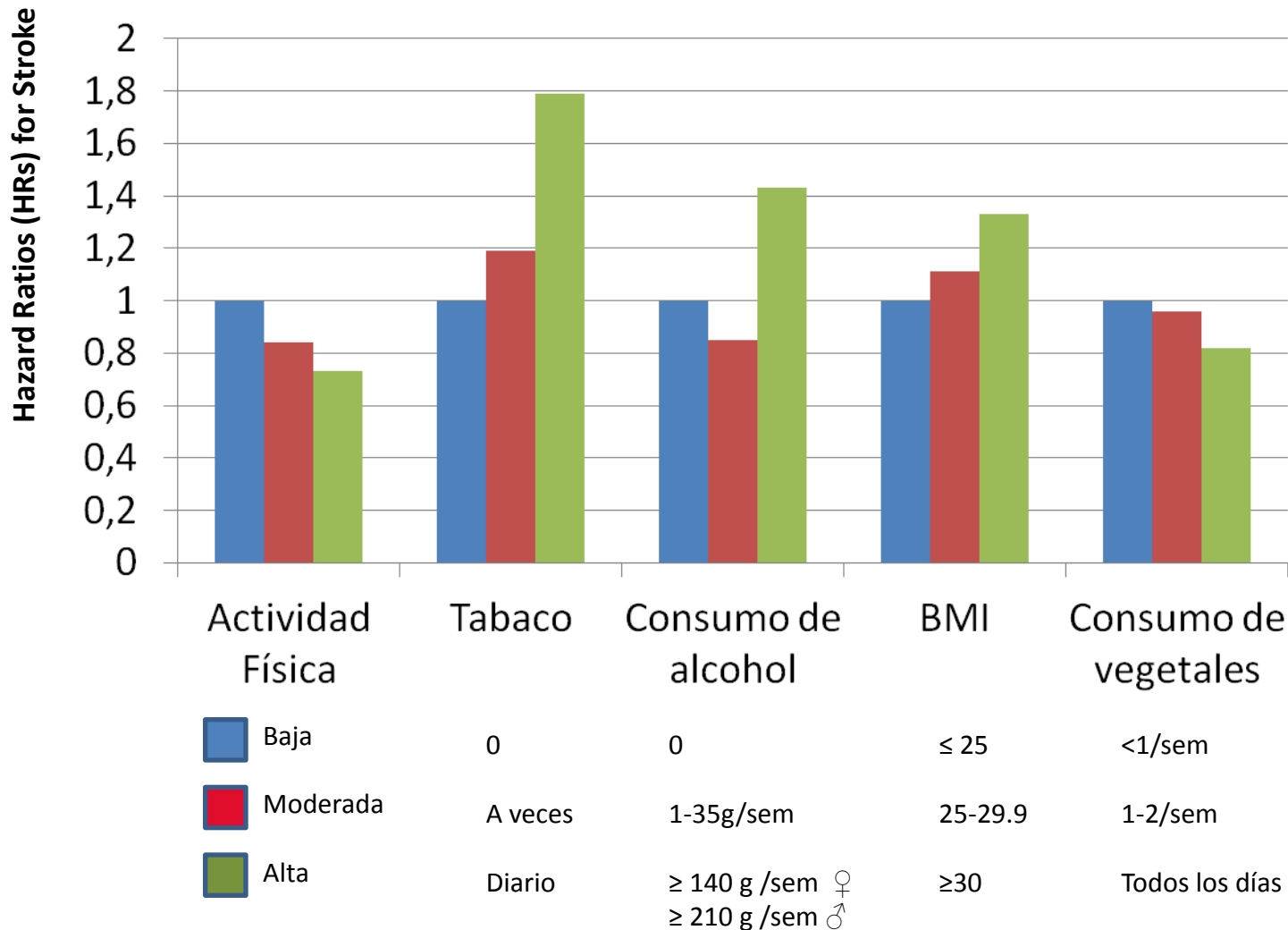


## Supervivencia a lo largo de 11 años según el número de estilos de vida saludables en adultos mayores de España



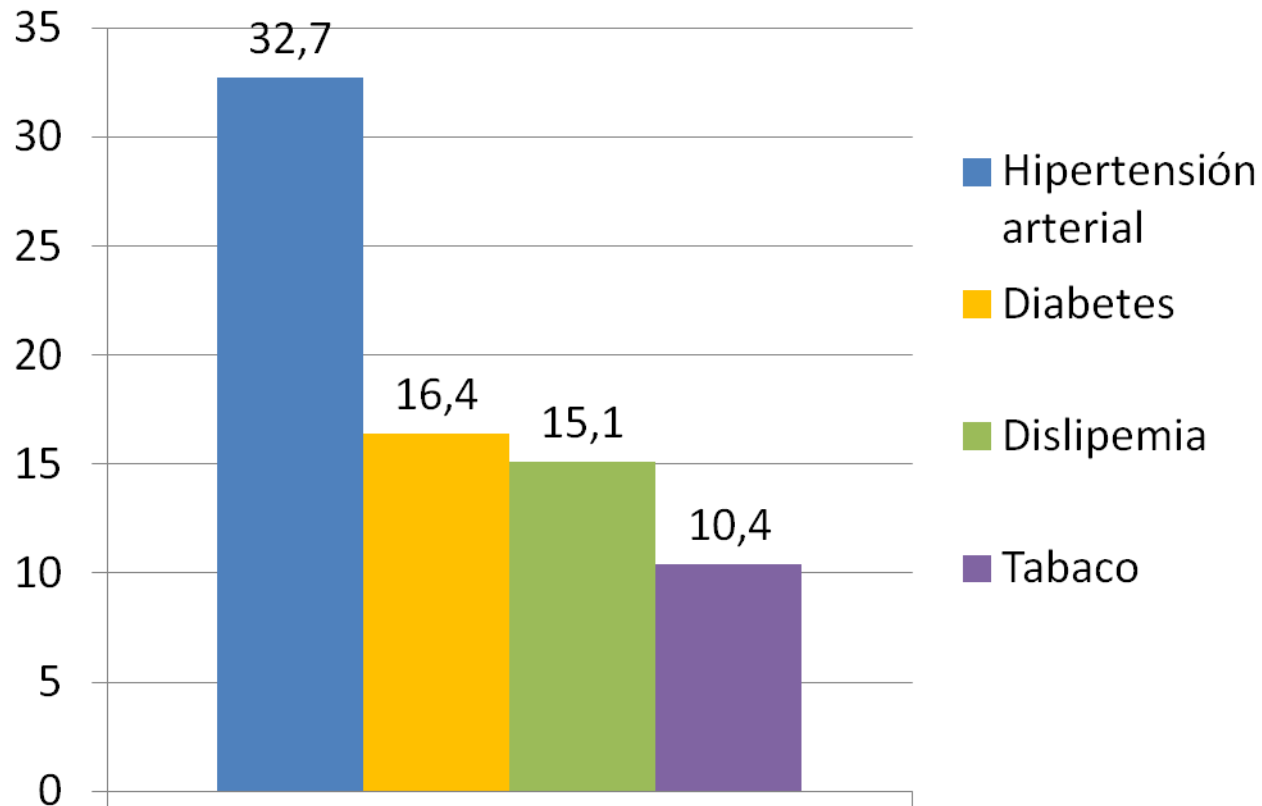
Martínez-Gómez D, Guallar-Castillón P, León-Muñoz et al. BMC Med 2013 Feb 22;11(1):47.

## Asociación entre distintos factores del estilo de vida y ACV

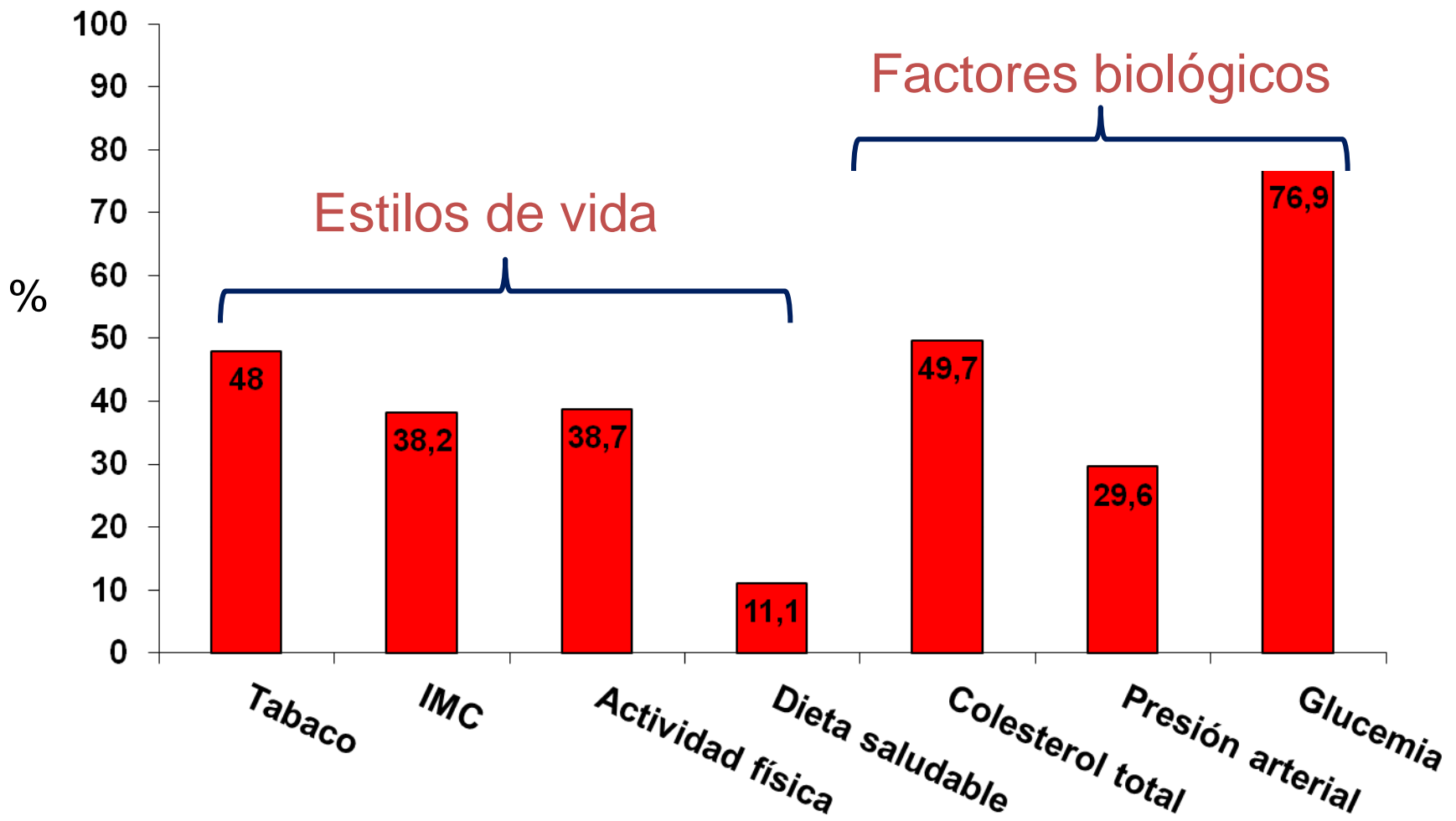




## Responsabilidad (%) de distintos factores en el riesgo de muerte cardiovascular

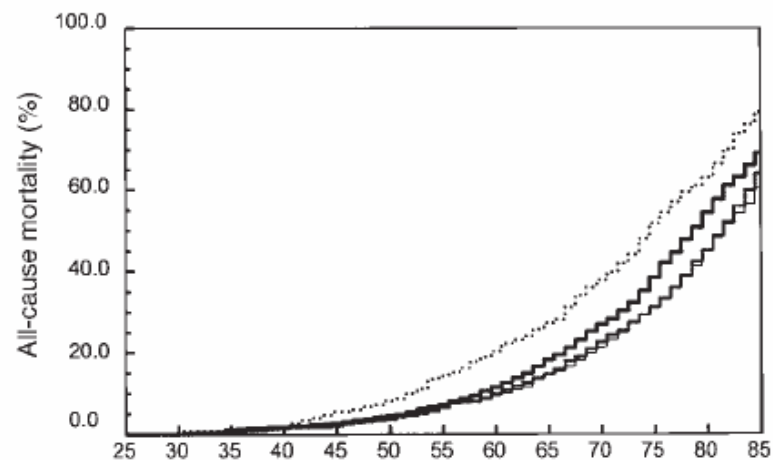
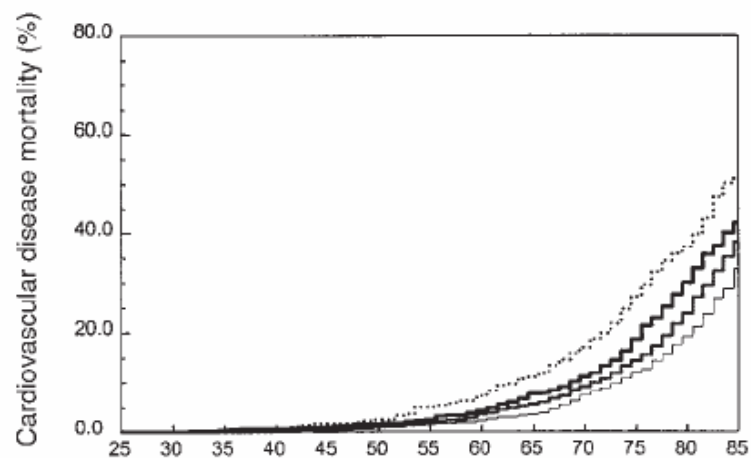
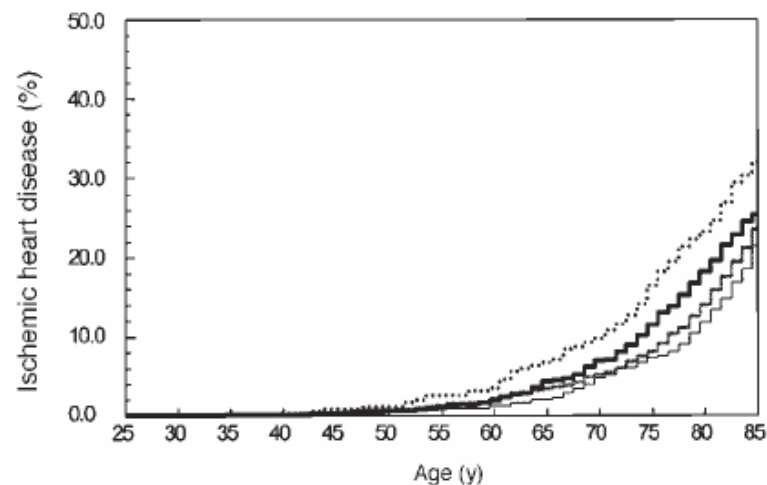
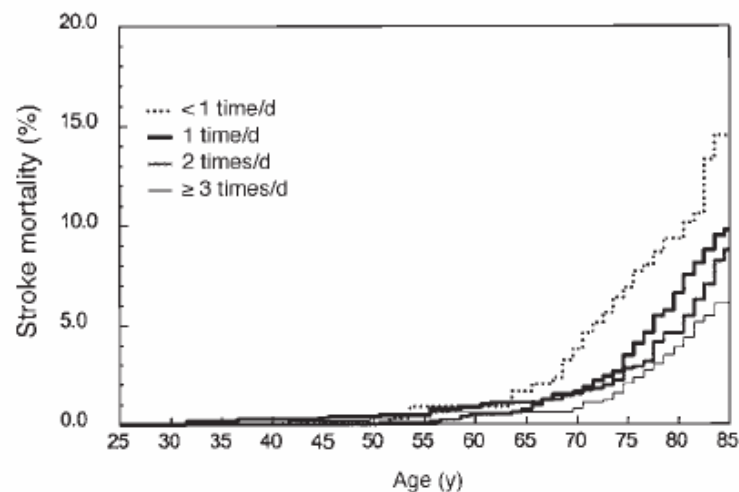


# Prevalencia de niveles ideales de los indicadores de salud cardiovascular de la AHA en España, 2008-2010



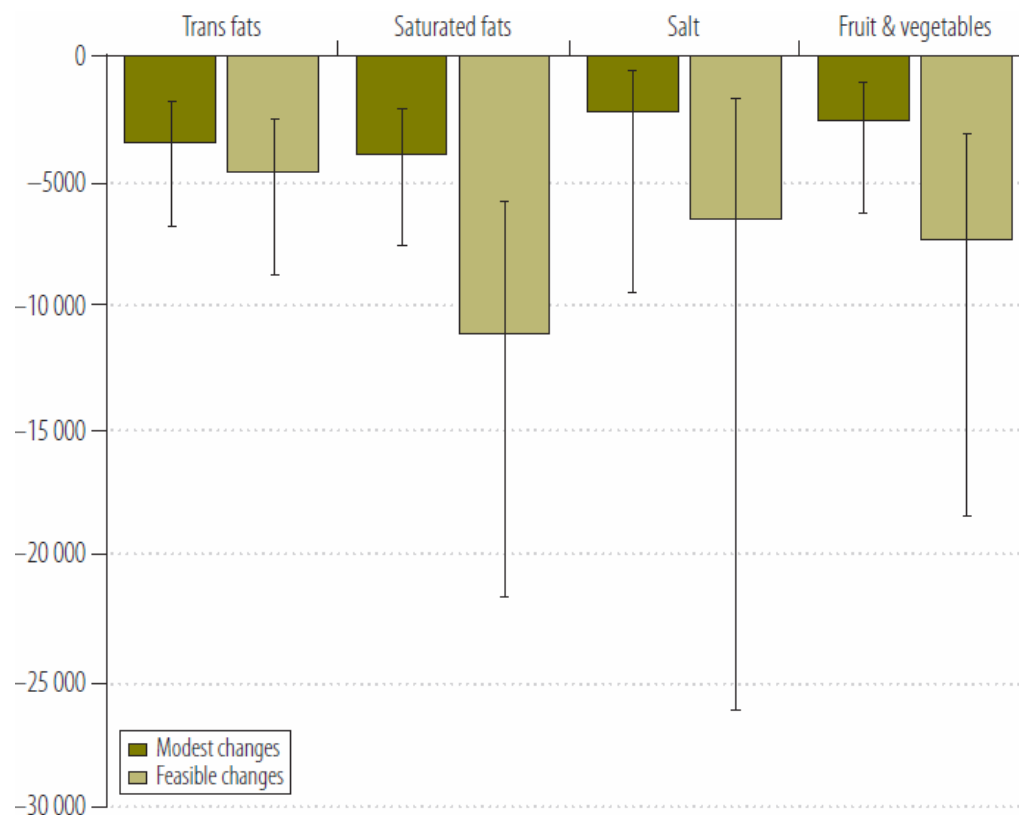


# Frecuencia de consumo de vegetales y mortalidad cardiovascular. Resultados NHANES I



Bazzano et al. Acceso en: [www.ajcn.org](http://www.ajcn.org) by on January 15, 2009

# Efectos potenciales de cambios dietéticos concretos sobre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (1)



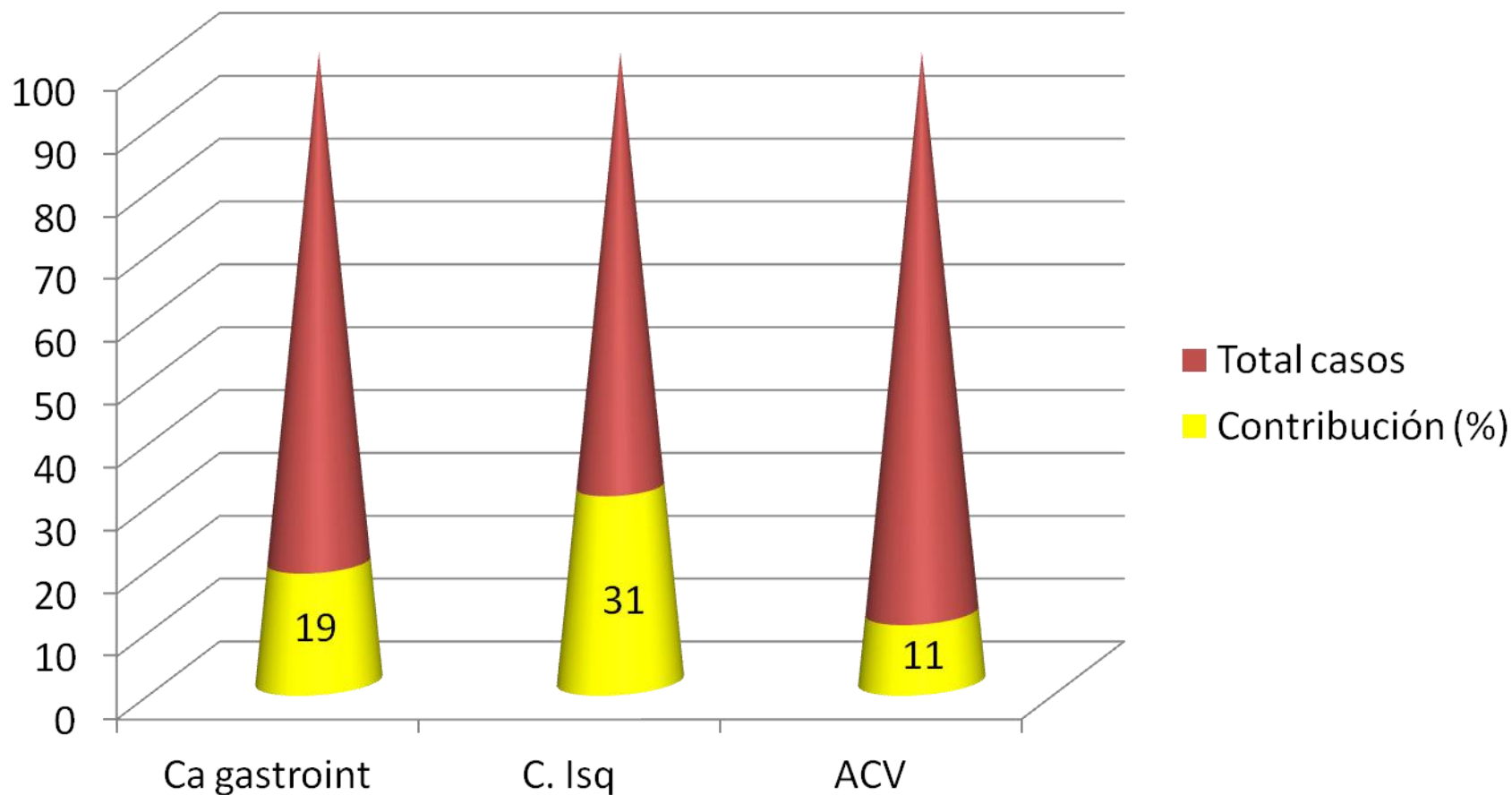
Cambios moderados (tendencias recientes hasta el año 2015: 1% menos de energía procedente de grasa saturada, 0.5% menos de energía procedente de grasas trans, descenso de 1 gramo diario de sal y una ración más al día de frutas y vegetales ).

Reducciones más importantes pero factibles (como ya se han observado en muchos países) en el consumo de grasas saturadas, grasas trans industriales y sal, unidas a un mayor consumo de frutas y verduras.

Fuente: Bull World Health Organ 2012;90:522–531 . Acceso online. 12 abril 2012.



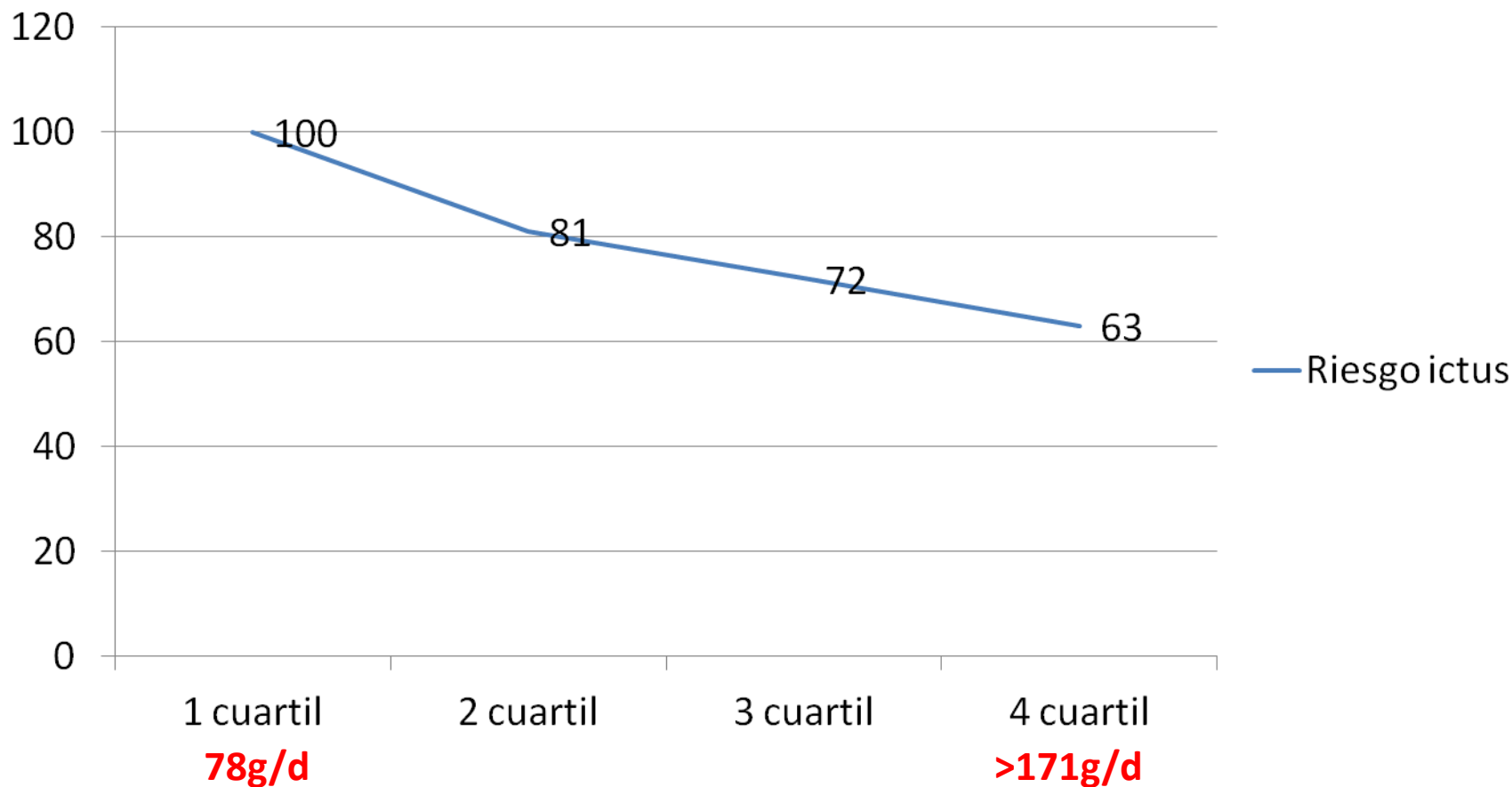
## Carga mundial de morbilidad atribuible al escaso consumo de frutas y verduras (Datos OMS)





## Ingesta de vegetales blancos e incidencia de ictus

### Riesgo ictus







### Ingesta vegetales blancos

Fuente: Oude Griep LM, Verschuren WM, Kromhout D, Ocké MC, Geleijnse JM. **Colors of fruit and vegetables and 10-year incidence of stroke.** Stroke 2011 Nov;42(11):3190-5.



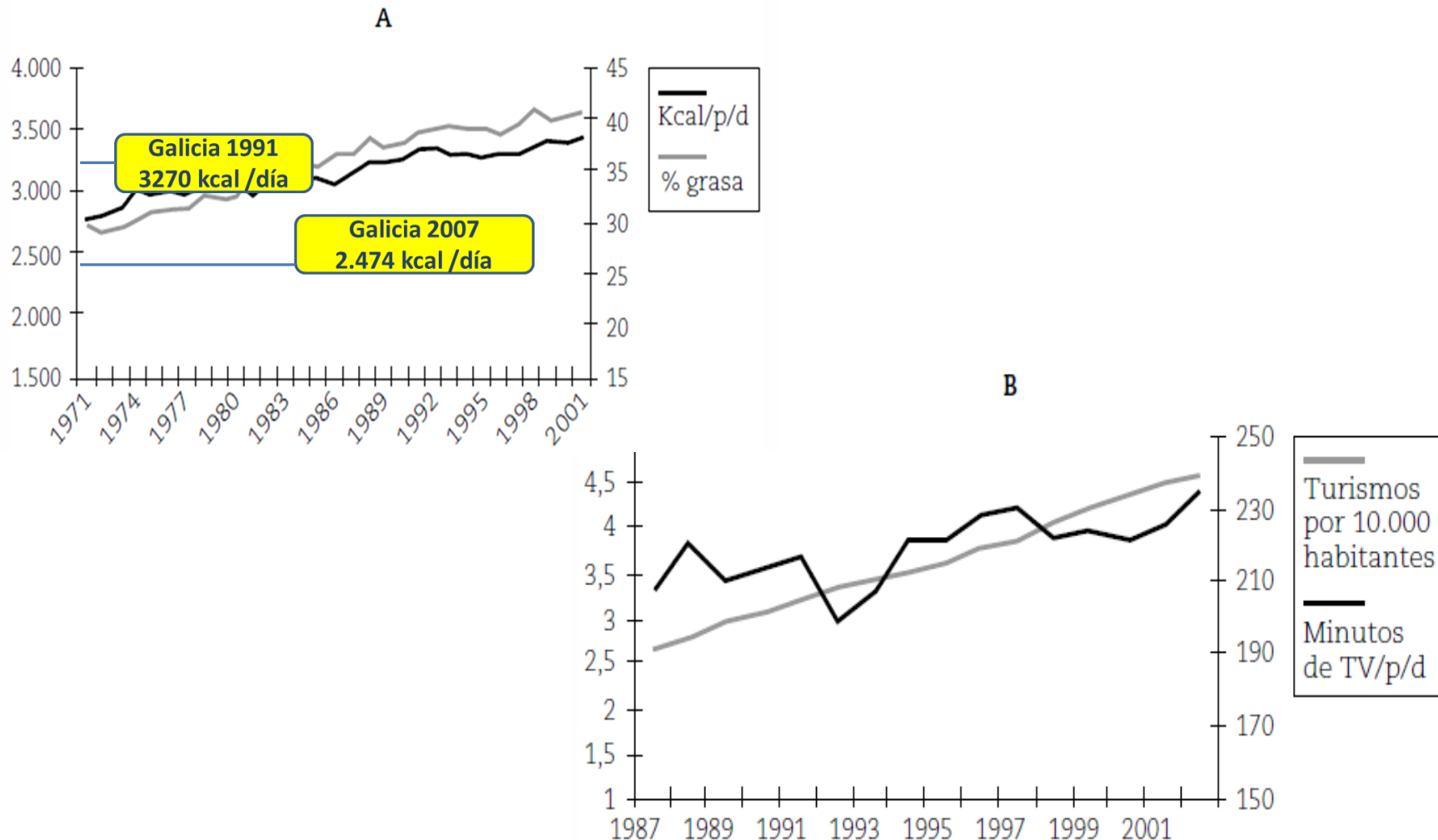
## Ingesta calórica media por persona y día (Kcal/p/d) y contribución porcentual de la grasa en España, 1970-2001

### Ingesta de energía y nutrientes y calidad de la dieta, 1964-2011

	1964	1981	1991	2000	2003	2006	2008	2011
Energía (kcal)	3008	2914	2634	2730	2767	2761	2754	2482
Proteína (g)	87	98	94	93,3	96	93,5	97,6	99 
Lípidos (g)	108	131	121	120	122	126	123	111 
H de C (g)	423	333	294	284	288	282	287	257 
Colesterol (mg)	275	441	440	451	402	475	402	≈400 



# Cambios en el estilo de vida (Ingesta calórica, ingesta grasa, uso de automóvil 1970-2001)





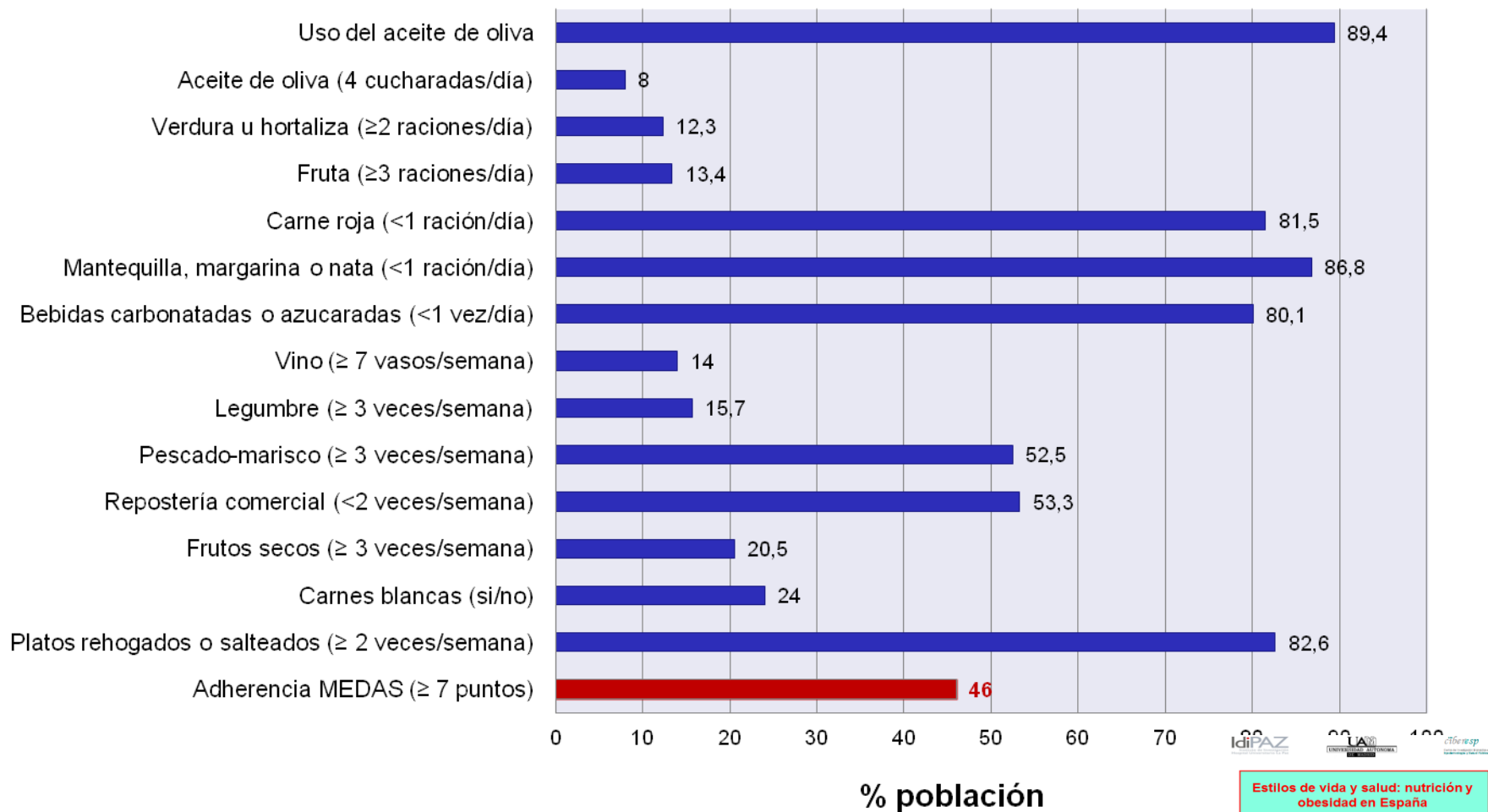
## ESTUDIO DE NUTRICIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA (ENRICA)

Comparación entre la ingesta de nutrientes y los objetivos nutricionales establecidos por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)

	Hombres	Mujeres	Recomendación de la SENC
Grasas totales (% energía)	37,2	36,8	30-35% de energía
Ácidos grasos saturados (% energía)	11,9	11,6	7-8% de energía
Ácidos grasos monoinsaturados (% energía)	15,8	15,7	15-20% de energía
Ácidos grasos poliinsaturados (% energía)	6,2	6,2	5% de energía
Colesterol (mg/día)	397,1	303,7	<300 mg/día
Hidratos de carbono totales (% energía)	41,1	43,2	50-55 % de energía
Proteínas (% energía)	17,8	18,4	≤15% de energía
Fibra dietética (g/día)	24,1	21,7	>25 g/día



# Porcentaje de la población española que alcanza los objetivos de consumo de la dieta mediterránea

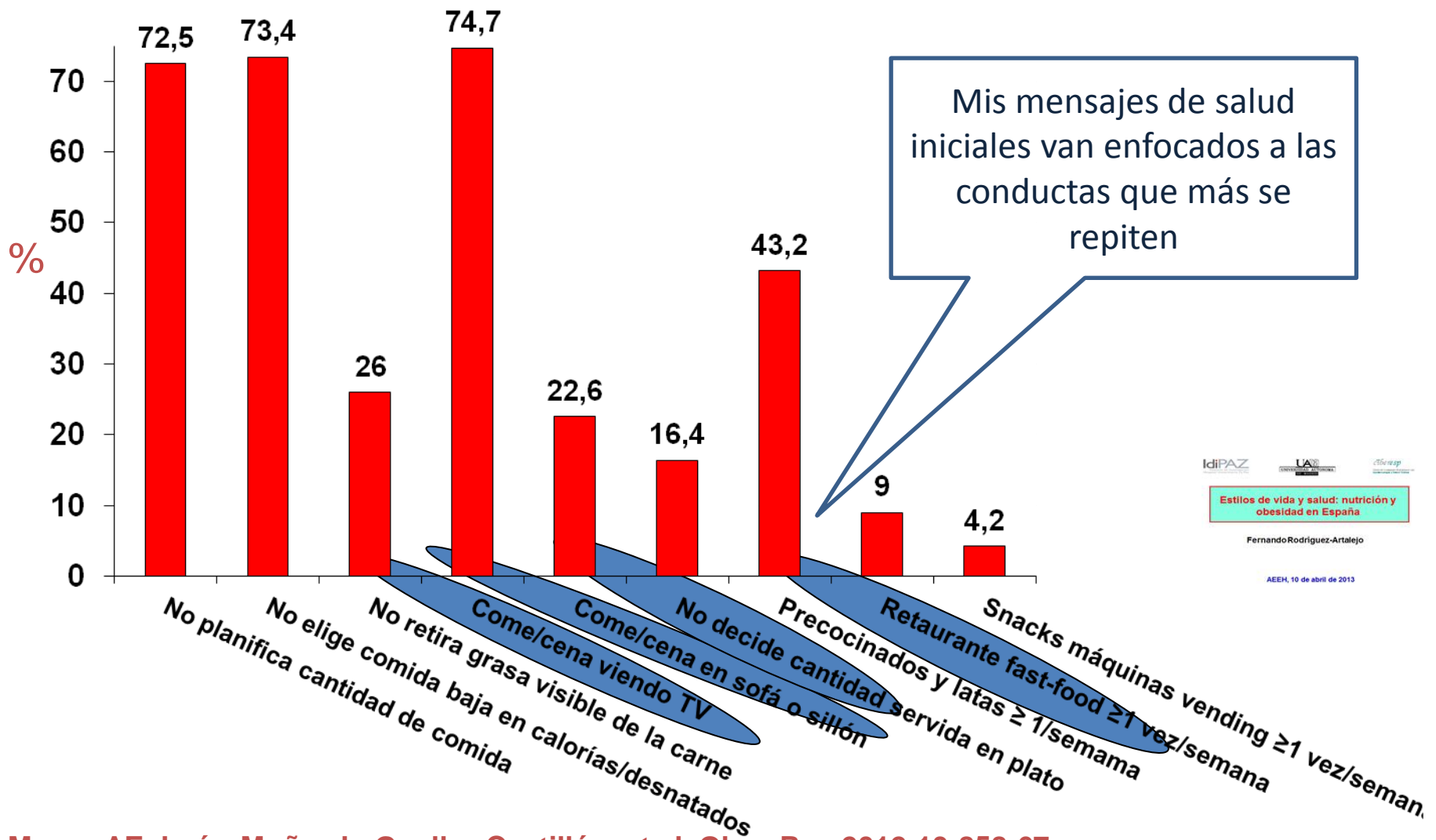


Fernando Rodríguez-Artalejo

AEEH, 10 de abril de 2013



# Prevalencia de conductas alimentarias relacionadas con la obesidad en España, 2008-2010





# Porcentaje de hogares españoles con diferentes equipamientos 1988, 2004, 2009

	1988	2004	2009
<i>Dos o más televisores</i>	21,6	61,9	63,5
<i>Mando a distancia de T.V.</i>	12,8	86,6	95
<i>TV con DVD conectado</i>	-	45,2	75,6
<i>Antena parabólica</i>	0,4	15,5	21,2
<i>Ordenador personal</i>	5,1	41,6	55,7
<i>Dos o más coches</i>	5,5	15,1	13,1
<i>Conexión internet</i>		25,3	44,9
<i>Video consola</i>	18,5	17,1	30,1
<i>Secadora ropa</i>	3,6	12,28	15,7
<i>Lavavajillas</i>	5,4	28,9	35,1
<i>Aspiradora</i>	19,9	51,2	52,1

Los datos para Mando a distancia de TV en 1998 corresponden al año 2000.

EGM 2010

IdiPAZ

LA

El estudio

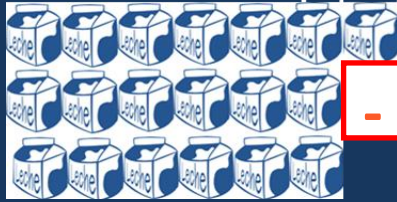
Estilos de vida y salud: nutrición y  
obesidad en España

Fernando Rodríguez-Artalejo

AEEH, 10 de abril de 2013

# Tendencias en el consumo de lácteos y bebidas sin alcohol\* en el hogar Consumo anual 2004 vs consumo anual 2014. Litros per cápita, Galicia

## Leche líquida



- 19 l

## Derivados lácteos (Leches fermentadas, tartas, helados y



+ 6 l

## Zumo de fruta industrial, néctar y bebidas



+ 30 l

\*Zumos de fruta industriales, gaseosas y bebidas refrescantes.



## *Objetivos nutricionales para la población Española*

Sal // Sodio

< 5 g/día // < 2.000 mg/día

**Ingesta dietética media de sal = 9,8 g/día**

92,8% de los hombres

84,1% de las mujeres tienen ingestas superiores a 5 g/día de sal.

Procede en un 72% de los alimentos procesados, en un 20% de la sal añadida a los alimentos y en un 8% de la composición natural de los alimentos.

AESAN, 2011

<http://www.plancuídate.es/es/Sal-Visible-Invisible.htm>

**PLANCUÍDATE+**

**-SAL**

**=**

**+SALUD**

**Ejemplos**

**“con optimismo”**



**Obesidad**

**Diabetes**

**E. Cardiovasculares**

**Cáncer**

**60% Millones de defunciones  
(70% en 2030)**

**46% Carga mundial de morbilidad  
(57% en 2020)**

**32 millones de muertes evitadas en los próximos 10 años**

**14  
millones  
muertes**

**18  
millones  
muertes**

**↓ 15% consumo de sal**  
**Control del tabaco**  
**Costo: 0,30 € persona/ año**

**Identificar y tratar pacientes con alto  
riesgo cardíaco:**  
**Optimización de fármacos(AAS  
+antiHTA + hipocolesterol)**  
**Costo de 0,82 € persona/año.**

OMS. Serie de informes técnicos ,956

Pan American Health Organization. Hospedales J. Cumbre de Nutricion y Salud, Valparaiso, Chile , 2007

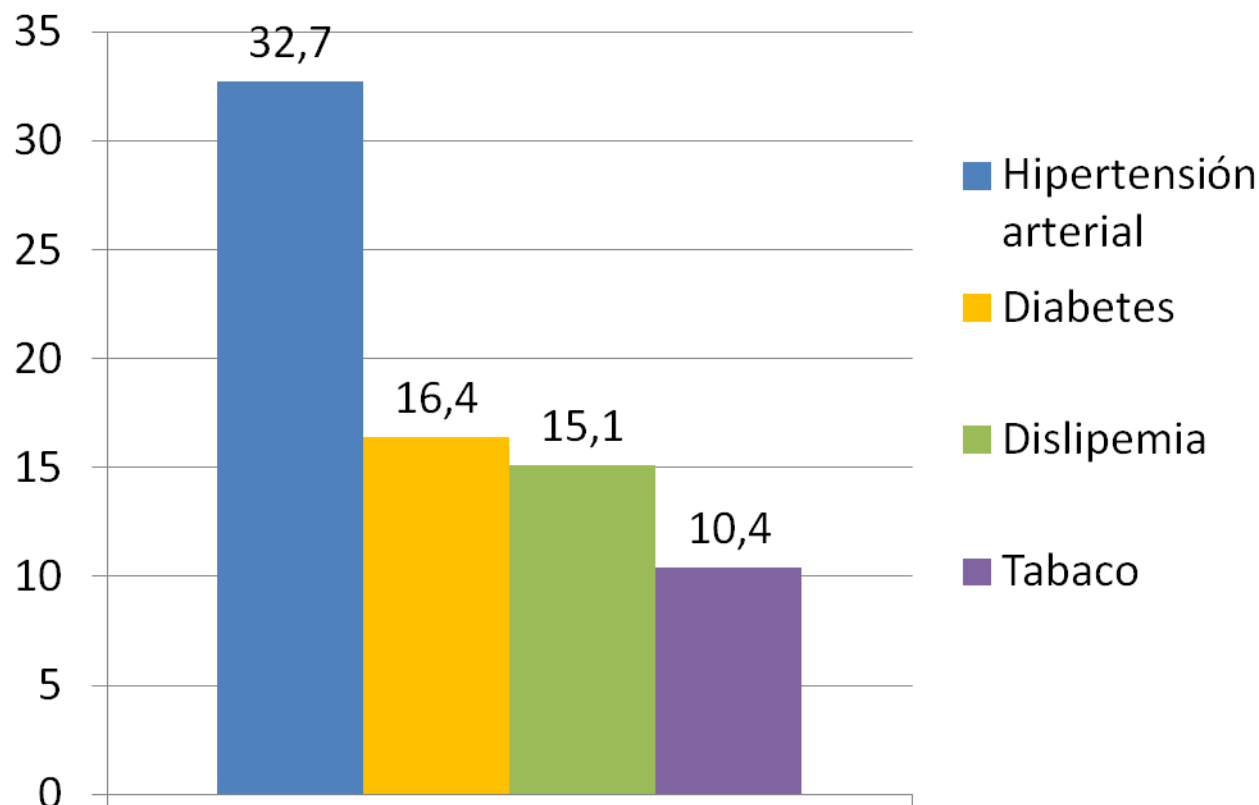
Lancet,2007



## ESTUDIO EURIKA

**Un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular salvarían 135.000 vidas al año en Europa**

**Responsabilidad (%) de distintos factores en el riesgo de muerte cardiovascular**







## Descenso de los niveles de factores de riesgo en la población y repercusión en la mortalidad por ECV (cálculo teórico)

Factor de riesgo	Nivel descenso en población	Reducción mortalidad ECV
<b>Colesterol total</b>	4mg en el CT	<b>4%</b>
<b>Hipertensión arterial</b>	1mm Hg Tensión Arterial Sistólica	<b>2%</b>
<b>Tabaco</b>	1% prevalencia de tabaquismo	<b>1%</b>
<b>Obesidad</b>	0,1 Kg/m2 IMC	<b>0,25%</b>

Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med 2007;356:2388-2398.

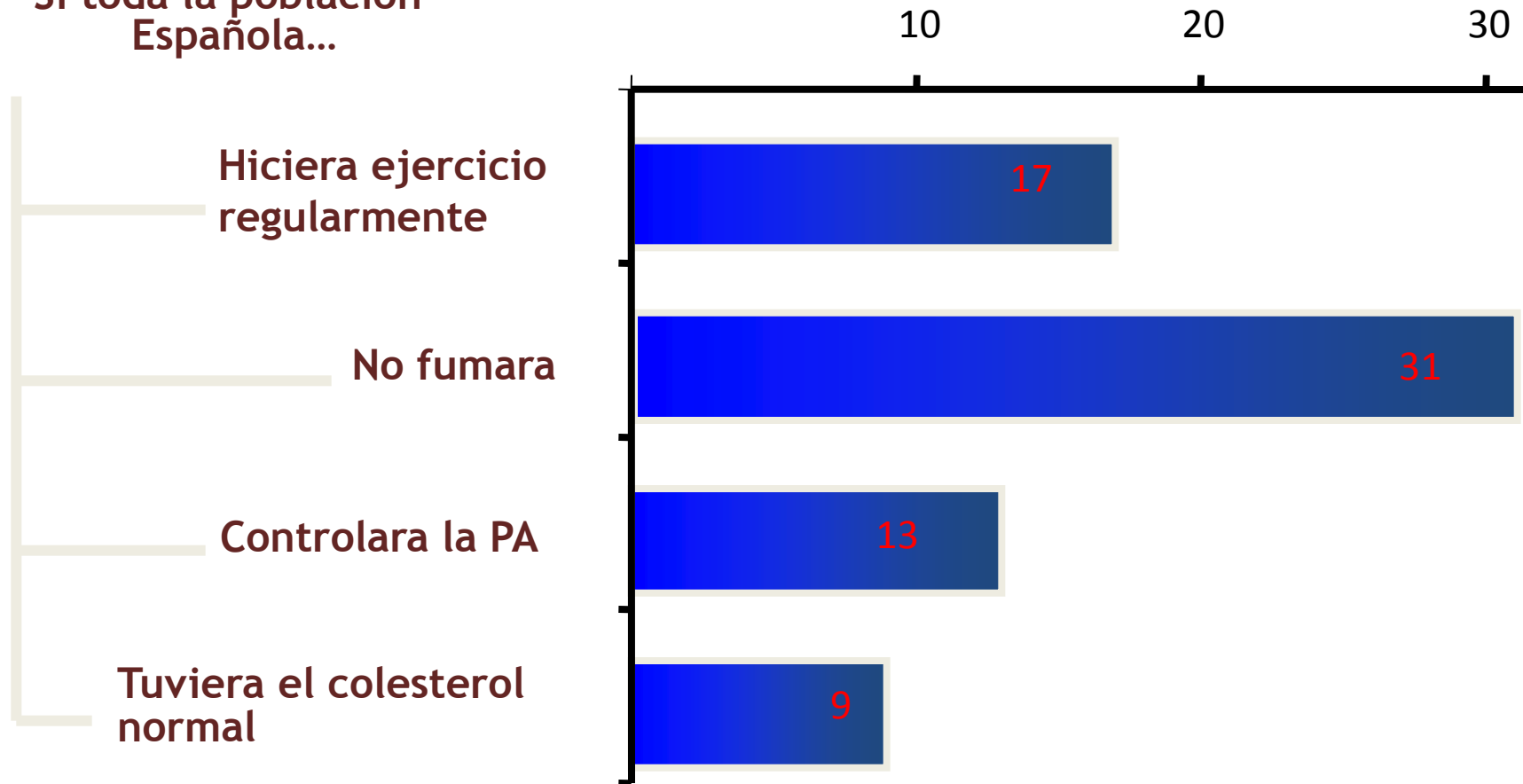


# Descenso de los niveles de factores de riesgo en la población y repercusión en la mortalidad por ECV

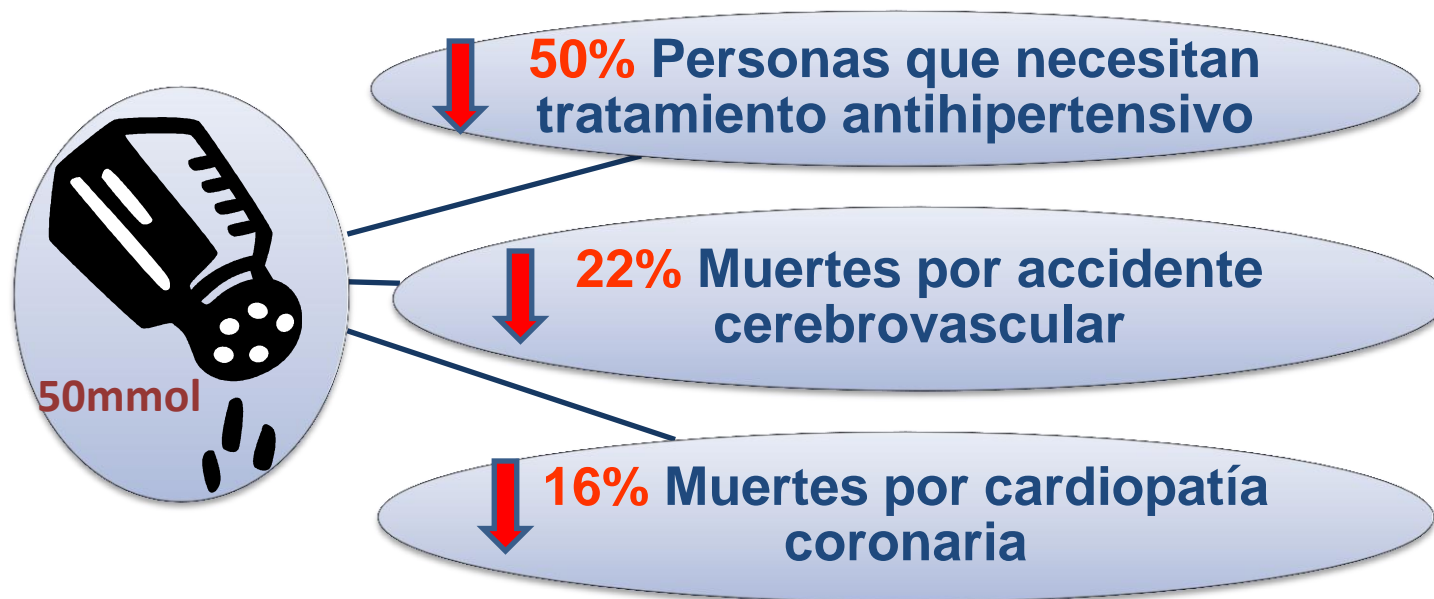
Datos de Benegas y cols

## Se reducirían los infartos en un %

Si toda la población  
Española...



## Efectos de la reducción de 50 mmol (1,15g) diarios en la ingesta alimentaria de sodio (Na) en la población (Cálculo teórico)



Sacks FM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium

Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. New Engl JMed 2001; 344: 3-10.

# NORTH KARELIA PROJECT FINLAND



National Public Health Institute

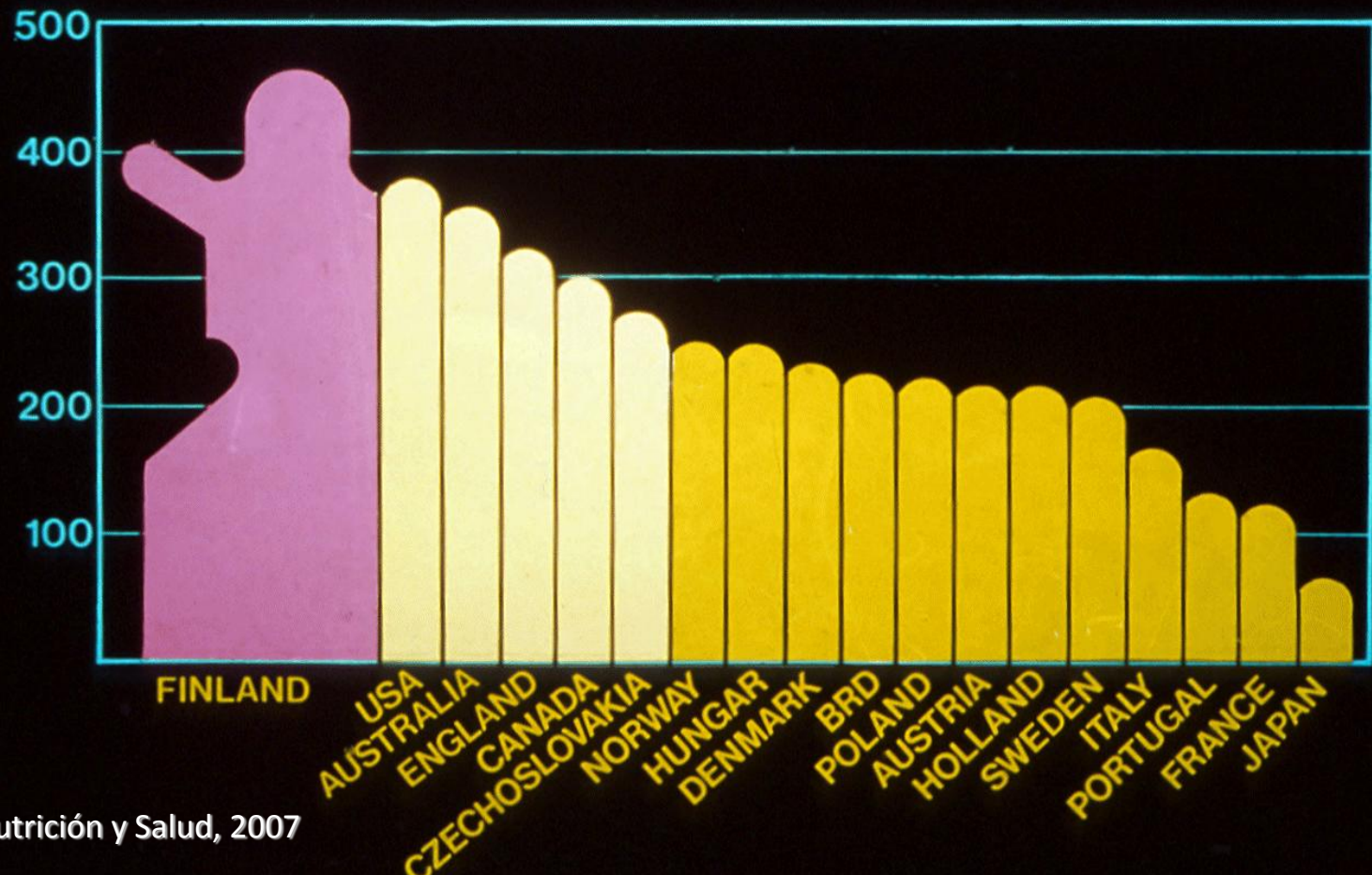




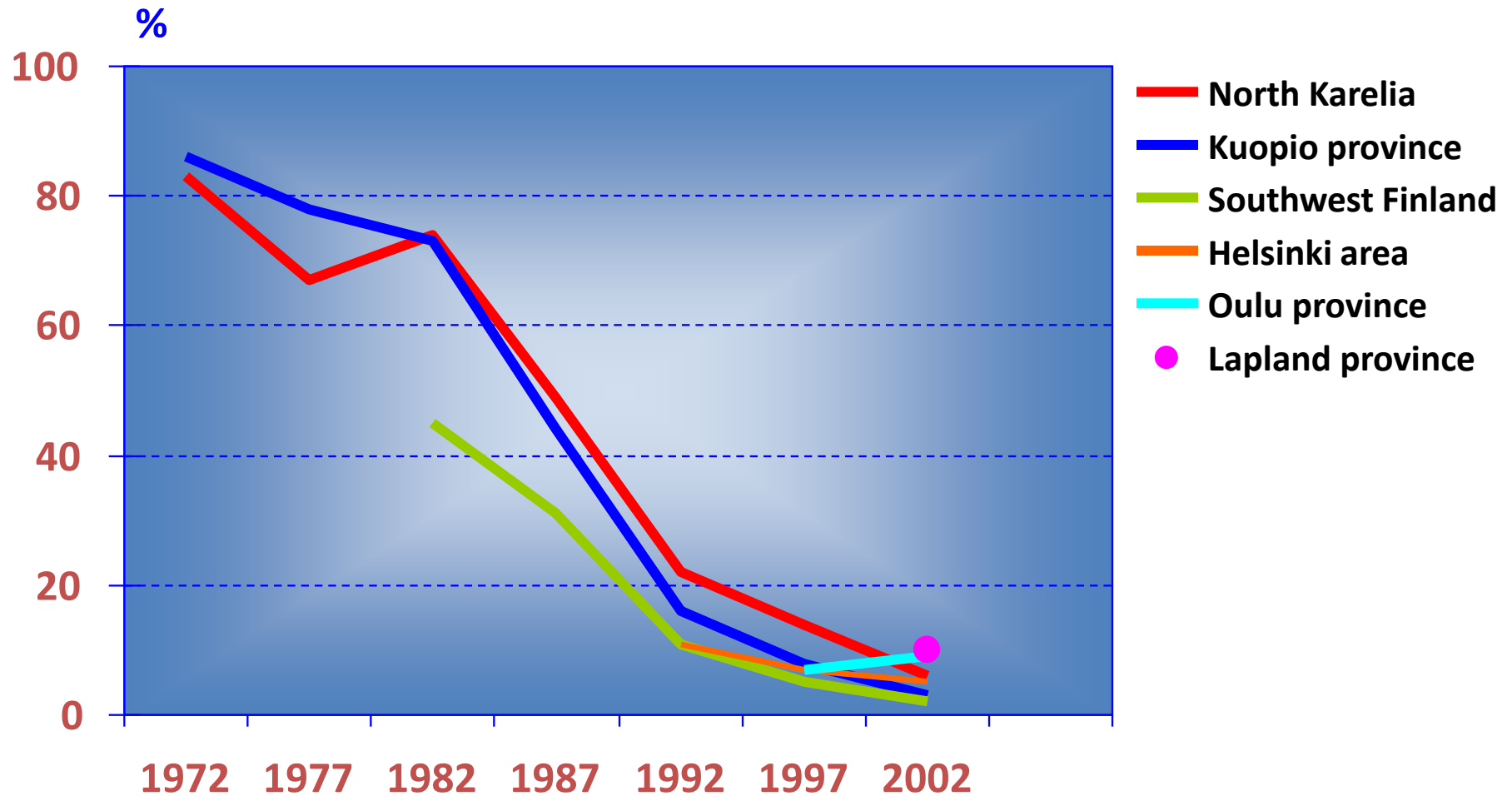


## TASAS DE MORTALIDAD DE ENF.CARD.ISQUÉMICAS EN HOMBRES EN PAISES SELECCIONADOS

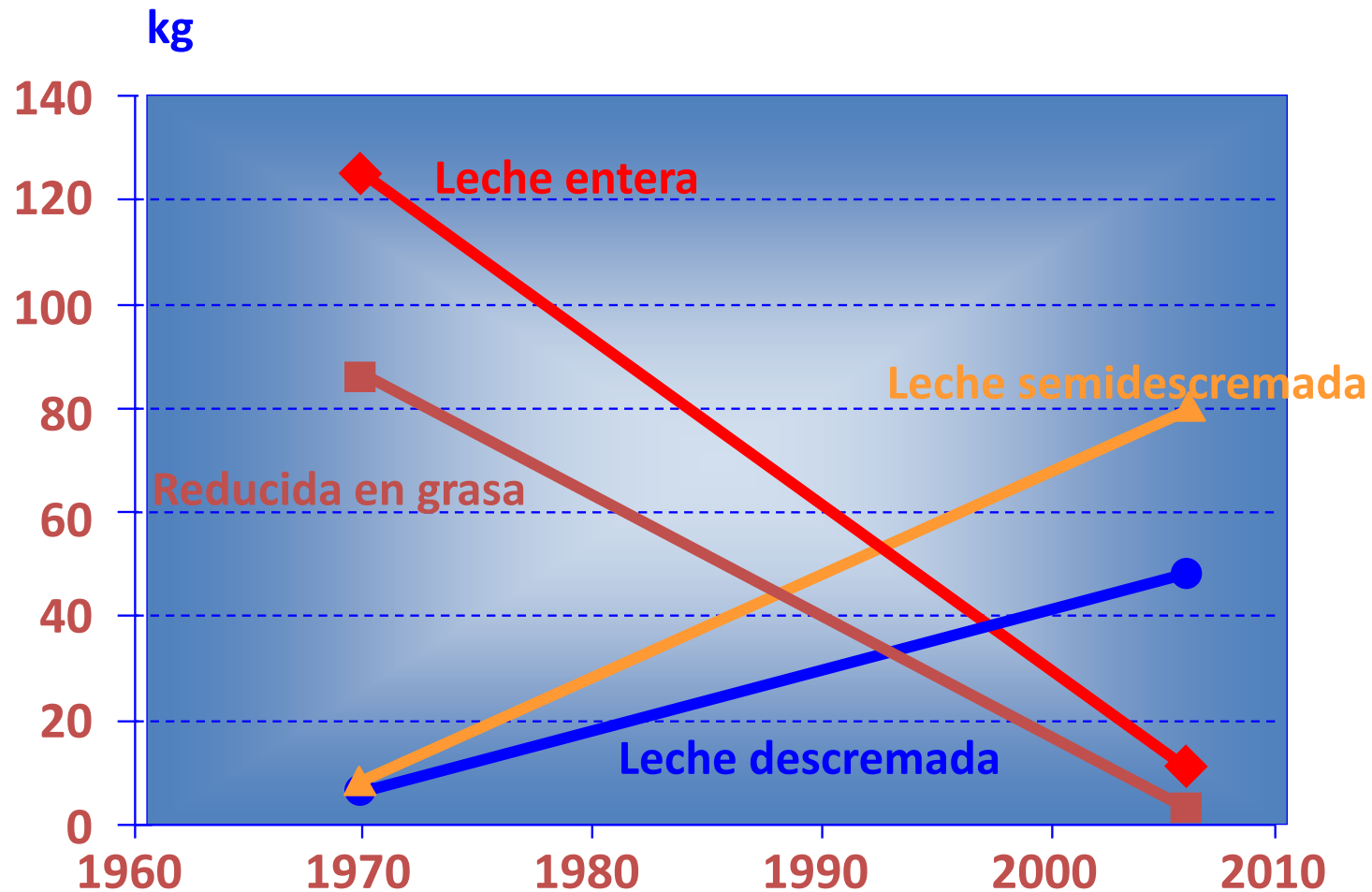
CHD mortality  
per 100.000 men in 1973



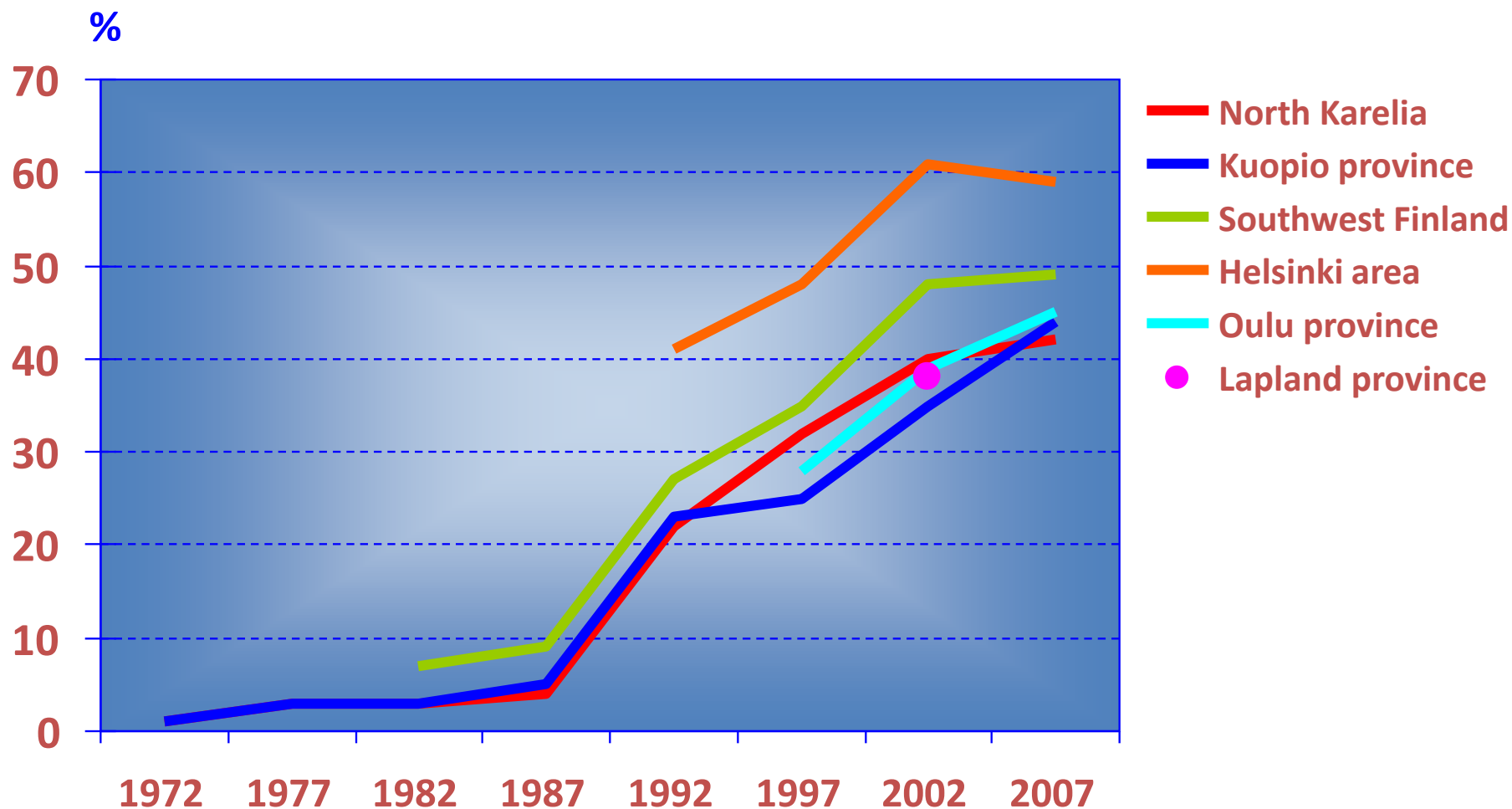
## Uso de mantequilla en el pan (varones de 30–59 años)



## Consumo de leche en Finlandia en 1970 – 2006

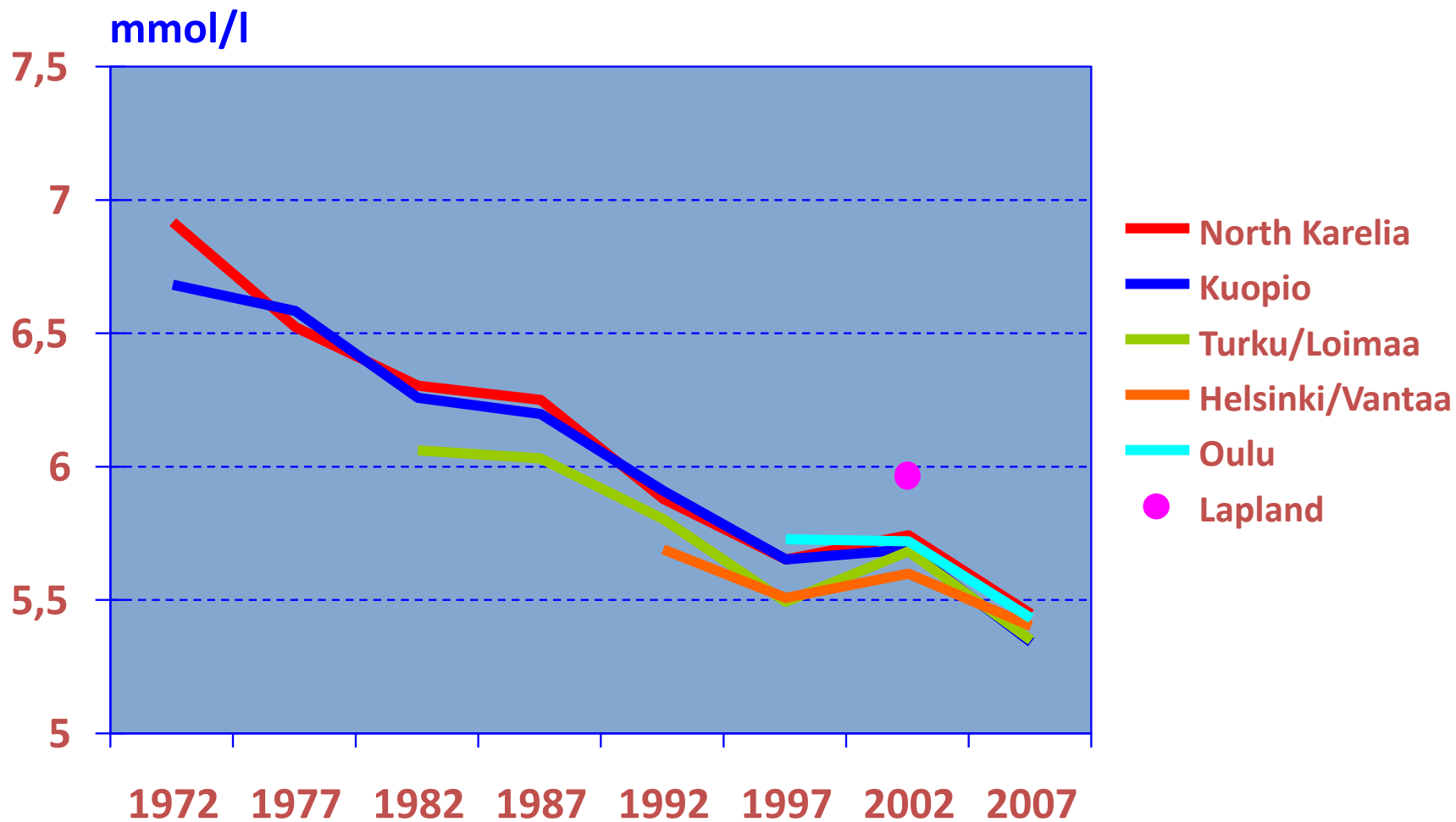


## Uso aceite vegetal para cocinar (varones 30–59 años)



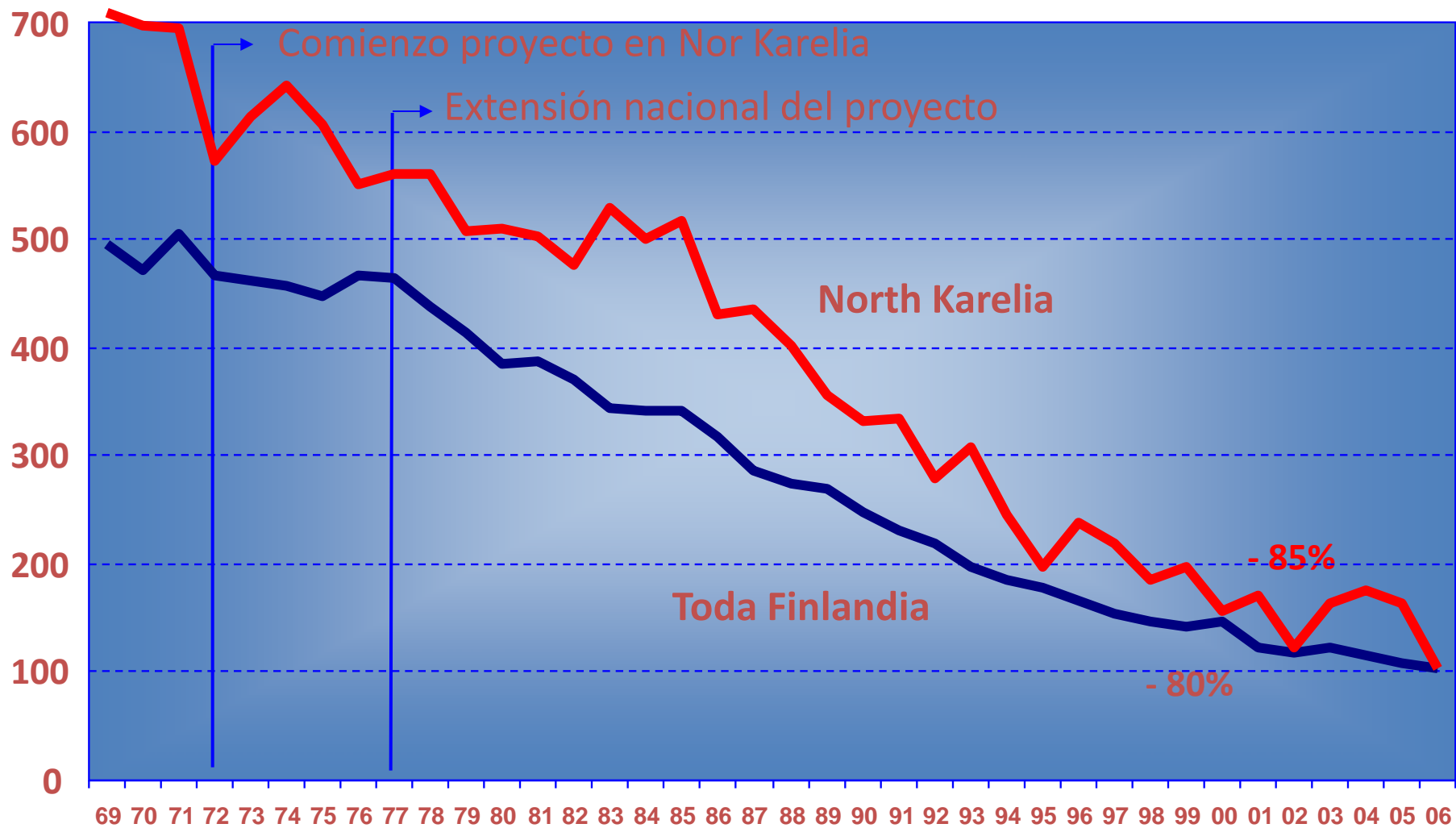


## Niveles de colesterol sérico (varones 30–59 años)



# Mortalidad por enf.cardíaca coronaria en Finlandia (varones 35–64 años)

Por 100 000





## Ejemplo 3. Asociación entre la dieta y la salud vascular

“Las arterias envejecidas pueden llegar a ser rejuvenecidas mediante un tratamiento dietético. La elasticidad juvenil de las arterias puede ser restaurada, al menos parcialmente y, a nivel de la microcirculación, se puede conseguir una mejoría de la función endotelial. Por otro lado, la hipertensión arterial puede ser tratada o evitada siguiendo una dieta óptima durante un período corto de tiempo “.

Frank Sacks. Cardiovascular Disease Prevention. Harvard School of Public Health.



# Factores nutricionales y riesgo de enfermedad cardiovascular

Evidencia	Menor riesgo	Mayor riesgo
<b>Relación convincente</b>	<p>Ácido linoleico</p> <p>Pescado y aceites de pescado (EPA y DHA)</p> <p>Verduras y frutas</p> <p>Potasio</p> <p>Consumo bajo a moderado de alcohol (en la cardiopatía coronaria)</p>	<p>Ácidos mirístico y palmítico (ácidos grasos saturados)</p> <p>Ácidos grasos trans</p> <p>Ingesta elevada de sodio</p> <p>Ingesta elevada de alcohol (en el accidente cerebrovascular)</p> <p>Exceso de peso</p>
<b>Relación probable</b>	<p>Ácido <math>\alpha</math>-linolénico</p> <p>Ácido oleico</p> <p>Cereales integrales</p> <p>Frutos secos (sin sal)</p> <p>Esteroles/estanoles vegetales</p> <p>Folato</p>	<p>Colesterol de la dieta</p>
<b>Relación posible</b>	<p>Flavonoides</p> <p>Derivados de la soja</p>	<p>Grasas ricas en ácido láurico</p> <p>Nutrición fetal deficiente</p> <p>Suplementos de <math>\beta</math>-caroteno</p>
<b>Datos insuficientes</b>	<p>Calcio</p> <p>Magnesio</p> <p>Vitamina C</p>	<p>Carbohidratos</p> <p>Hierro</p>

# Relación componentes de la dieta y riesgo aumentado de cáncer

Nivel de evidencia	Componente dieta	Cáncer
<b>Relación convincente</b>	Alcohol	Boca, faringe, laringe, colon recto en hombres Mama pre y post menopáusico en mujeres
	Aflatoxinas	Hígado
	Carnes rojas o procesadas	Colon-rectal
	Grasa corporal	Esófago, colo-rectal, mama postmenopáusico, endometrio, riñón
<b>Relación probable</b>	Grasa abdominal	Mama postmenopáusico
	Sal y salazones	Estómago
	Alcohol	Hígado Cáncer colo-rectal en mujeres
	Dieta muy alta en calcio	Próstata
<b>Relación limitada o sugerente</b>	Grasa dietética	Pulmón, mama postmenopáusico
	Grasas animales	Colo-rectal
	Ahumados o salados	Estómago
	Azúcares simples refinados	Colorectal

• World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, Physical Activity and the prevention

• of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR, 2007.

## Relación componentes de la dieta y protección frente al cáncer

Nivel de evidencia	Componente dieta	Cáncer
Relación convincente	Lactancia materna	Mama pre y post menopáusico
Relación probable	Alimentos vegetales Frutas, verduras y vegetales	Casi todos aparto digestivo, epiteliales...
Relación limitada o sugerente		
	Alimento vegetales Alimentos con baja densidad energética	Esófago, estómago, colorectal, páncreas

- Worl Cancer Reseach Fund /American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, Physical Activity and the prevention
- of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR, 2007.

## Recomendaciones para prevenir el cáncer a través de la dieta y la actividad física

- 1. Manténgase tal delgado como sea posible, sin llegar a estar bajo de peso*
- 2. Realice de 30 a 60 minutos de actividad física moderada como caminar rápido*
- 3. Evite las bebidas azucaradas. Limite el consumo de alimentos procesados ricos en azúcar y grasa y bajos en fibra*
- 4. Coma más verduras, frutas, cereales integrales y legumbres*
- 5. Limite el consumo de carnes rojas (cordero, vacuno y cerdo) y evite las carnes procesadas como los embutidos*
- 6. Limite el consumo de bebidas alcohólicas*
- 7. Limite el consumo de sal*
- 8. Evite los suplementos alimenticios para prevenir el cáncer*
- 9. Alimente a sus hijos con lactancia materna*
- 10. Si ha vencido a un cáncer debe seguir las indicaciones para prevenirlo en las cuales son fundamentales la alimentación saludable y la práctica de la actividad física.*

**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**1. MANTENIMIENTO DEL PESO CORPORAL**

**Mantener el menor peso posible  
dentro de los márgenes normales de peso corporal**

**RECOMENDACIONES**

Procure asegurar que el peso corporal durante la niñez y la adolescencia se proyecte hacia el límite inferior del intervalo de variación del IMC a los 21 años.

Mantenga el peso corporal dentro de los márgenes normales de variación a partir de los 21 años.

Evite los aumentos de peso  
y el aumento de la circunferencia de la cintura durante toda la vida adulta.



**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**2. ACTIVIDAD FÍSICA**

**Mantenerse físicamente activo como parte de la vida cotidiana**

**RECOMENDACIONES**

Realice una actividad física de intensidad **moderada**,  
equivalente a una **caminata enérgica durante al menos 30 minutos diarios**.

A medida que el estado físico mejora  
procure realizar 60 minutos diarios o más de actividad física de intensidad moderada  
o bien 30 minutos diarios o más de actividad física intensa.  
Limite los hábitos sedentarios tales como mirar televisión.

**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**3. ALIMENTOS Y BEBIDAS QUE PROMUEVEN EL AUMENTO DE PESO**

**Limitar el consumo de alimentos de alta densidad energética**

**Evitar el consumo de bebidas azucaradas**

**RECOMENDACIONES**

Consuma pocos alimentos de alta densidad energética.

Evite el consumo de bebidas azucaradas.

Consuma poca “comida rápida”, o evítela del todo.

## 4. ALIMENTOS VEGETALES

**Consumir sobre todo alimentos de origen vegetal**

### RECOMENDACIONES

Consuma por lo menos cinco porciones diarias (como mínimo 400 g) de una variedad de hortalizas no feculentas y frutas.

De colores diversos (rojas, verdes, amarillas, blancas, moradas y anaranjadas), en particular los productos a base de tomate y de vegetales del género *Allium*, como el ajo.

Consuma cereales (granos) y leguminosas (legumbres) con cada comida.

Limite el consumo de alimentos ricos en almidón refinado.

Las personas que consumen raíces y tuberosas feculentas como alimentos básicos también deben asegurarse una ingesta suficiente de hortalizas no feculentas, frutas y legumbres.

Los cereales (granos) relativamente no procesados y legumbres deben aportar un promedio de al menos 25 g diarios de polisacáridos no feculentos.

AICR: American Institute Cancer Research; WCRF: World Cancer Research Foundation

**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL**

**Limitar la ingesta de carnes rojas y no consumir carnes procesadas y elaboradas**

**OBJETIVO DE SALUD PÚBLICA**

El consumo medio de carnes rojas por parte de la población  
no debe exceder los 300 g por semana,  
con una mínima proporción (o ninguna)  
de carnes procesadas (salada, curada o ahumada).

**RECOMENDACIÓN**

Las personas que se alimentan regularmente con carnes rojas  
deben consumir menos de 500 g por semana,  
con una mínima proporción (o ninguna) de carnes procesadas.

**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**BEBIDAS ALCOHÓLICAS**  
**Limitar el consumo de bebidas alcohólicas**

**RECOMENDACIÓN**

Si consume bebidas alcohólicas, no beba más de dos unidades diarias si es varón,  
y no beba más de una si es mujer. 1

1 Aunque no se demuestra un nivel preciso por debajo del cual  
no aumente el riesgo de los cánceres que causa  
esta recomendación toma en cuenta el probable efecto protector  
del alcohol sobre la cardiopatía isquémica.

2 Los niños y las mujeres embarazadas no deben consumir bebidas alcohólicas.

**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**CONSERVACIÓN, ELABORACIÓN, PREPARACIÓN**

**Limitar el consumo de sal**

**No consumir cereales (granos) o leguminosas (legumbres)  
contaminados por hongos**

**OBJETIVOS DE SALUD PÚBLICA**

El consumo medio de la población de sal (cloruro de sodio)  
procedente de cualquier fuente debe ser inferior a 5 g (2 g de sodio) diarios.

**RECOMENDACIONES**

Evite los alimentos conservados en salazón o salmuera, y los que tienen mucha sal;  
prepare las conservas sin recurrir al procedimiento de salarlos  
Limite el consumo de alimentos elaborados con sal añadida  
para asegurar una ingesta menor a 6 g (2,4 g de sodio) al día.

No consuma cereales (granos) ni leguminosas (legumbres) contaminados por hongos.

AICR: American Institute Cancer Research; WCRF: World Cancer Research Foundation

**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**SUPLEMENTOS ALIMENTARIOS**

**Procurar satisfacer los requerimientos nutricionales solo por medio de la dieta.**

**OBJETIVO DE SALUD PÚBLICA**

Aumentar al máximo la proporción de la población que alcance una nutrición adecuada sin recurrir a suplementos alimentarios.

**RECOMENDACIÓN**

Para prevenir el cáncer no se recomiendan los suplementos alimentarios.

En algunas situaciones de enfermedad o de nutrición inadecuada, los suplementos alimentarios podrían ser valiosos.

**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**LACTANCIA MATERNA**

**Las madres deben amamantar a sus hijos; los lactantes deben ser amamantados.**

**RECOMENDACIÓN**

Procure alimentar a su bebé exclusivamente con leche materna  
hasta los seis meses de edad  
e incorpore luego alimentos complementarios adecuados.

1 La lactancia protege tanto a la madre como al niño.

2 “Lactancia exclusiva” se refiere solamente a la leche materna  
sin ningún otro alimento  
o bebida, incluida el agua.

3 De conformidad con la estrategia mundial para la alimentación del lactante  
y del niño pequeño, de las Naciones Unidas.



**Alimentos, nutrición y actividad física.**  
**La prevención del cáncer: una perspectiva mundial**  
**RECOMENDACIONES**

**SOBREVIVIENTES DE CÁNCER**

**Seguir las recomendaciones para la prevención del cáncer**

**RECOMENDACIONES**

Todos los sobrevivientes de cáncer deben recibir atención nutricional de un profesional competente.

Si pueden, a menos que hayan recibido indicaciones en contra, procurarán seguir las recomendaciones dadas sobre alimentación, peso saludable y actividad física.

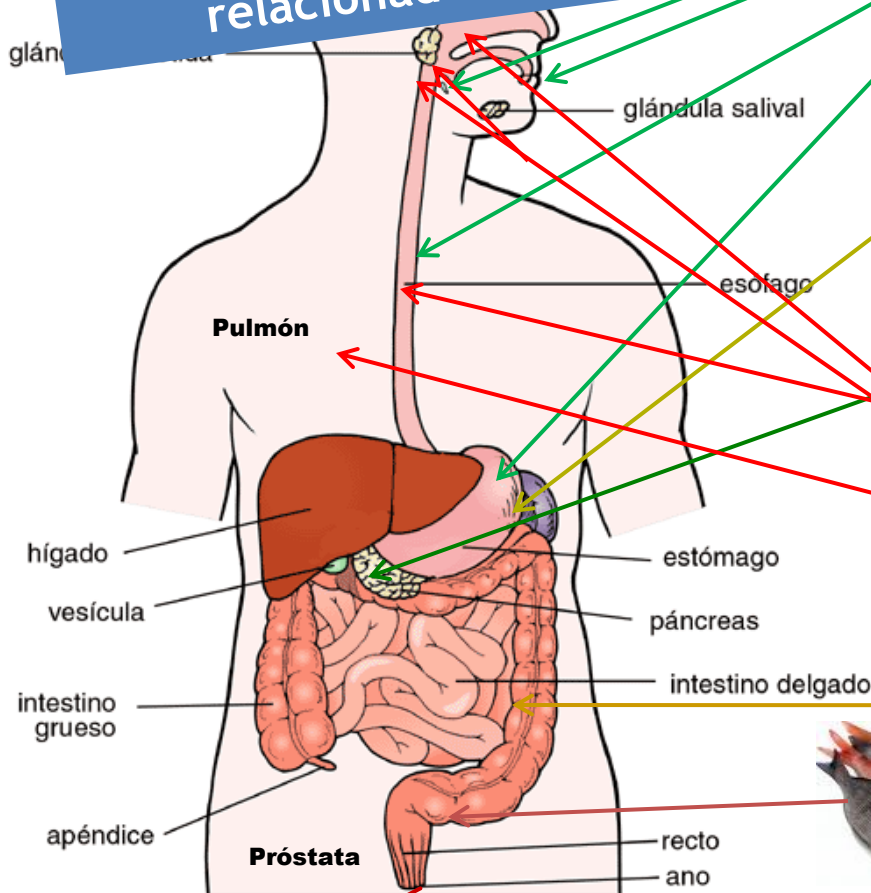


XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Innovación e  
Xestión da Saúde Pública

# Dieta y salud

Protección frente al cáncer de  
distintos factores dietéticos  
30% de todos los cánceres están  
relacionados con la dieta



**Vegetales  
no feculentos**



**Género allium**



**Folatos**



**Carotenoides**



**Vitamina C**

**Fibra**



**Licopenos**

~~Erucin, a bioactive compound from cruciferous vegetables, on human prostate cancer cells. Nutrition and Cancer (2013).~~



## PAPPS. HTA

### *Recomendaciones con mayor evidencia*

- La pérdida de peso, practicar ejercicio físico aeróbico y reducir el consumo de alcohol o la sal de la dieta consiguen un descenso moderado de las cifras de PA
- La prueba recomendada para el diagnóstico de la HTA es la PA tomada en clínica
- Los diuréticos, los bloqueadores beta, los antagonistas del calcio, los IECA o los ARA II se recomiendan como primer escalón terapéutico
- Los IECA han demostrado superioridad, tanto en HTA en población general como en diabéticos en resultados de mortalidad
- Se debe iniciar tratamiento farmacológico en HTA  $\geq 160/100$  mmHg y en entre  $140-160/90-100$  mmHg si se asocia a alto riesgo vascular (presencia de lesión de órganos diana o enfermedad vascular asociada)
- El objetivo de control de la HTA es una PA  $< 140/90$  mmHg en población general, diabéticos y con insuficiencia renal. En mayores de 60 a 65 años, el objetivo de control puede ser  $< 150/90$  mmHg

## PAPPS. Hipercolesterolemia

### *Recomendaciones con mayor evidencia*

- La prueba de cribado recomendada es el CT y el cHDL
- Las estatinas a dosis que consiguen reducciones moderadas del cLDL constituyen el tratamiento básico de la dislipemia
- Las estatinas a dosis que consiguen reducciones intensas del cLDL consiguen beneficios adicionales y estarían indicadas, sobre todo, en pacientes con cardiopatía isquémica
- Prioritariamente se recomienda el tratamiento con estatinas en los grupos de población con mayor RCV: ECV, diabéticos, riesgo alto mediante tablas de riesgo o pacientes con un cLDL elevado
- Como recomendación dietética se aconseja modificar la composición de la grasa de la dieta, reduciendo la saturada y sustituyéndola por la insaturada

Se acabaron las relaciones dieta y  
salud

