

BOLETIN • INCIENSA

INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD

ISSN1409-3723

VOL. 18 No. 3

SETIEMBRE - DICIEMBRE

2006

EDITORIAL

INCIENSA, UN ESPERADO CAMBIO

González L. lgonzalez@inciensa.sa.cr

Casi a punto de llegar a sus 30 años el INCIENSA se encuentra de nuevo en un punto de inflexión. Su incorporación dentro del análisis global que realiza el Ministerio de Salud de su estructura, metas y objetivos podría-o quizás, debería- marcar la pauta de un renovado papel que la institución pueda jugar a partir de este momento en el marco de las políticas y estrategias sanitarias nacionales de corto y mediano plazo.

La historia del INCIENSA en estas casi tres décadas no ha sido fácil y parece requerir, hoy más que nunca, un golpe de timón. El cambio en el abordaje de la mayoría de los problemas sanitarios de un enfoque diagnóstico-curativo a una estrategia moderna e integral que ponga como fundamento básico la prevención, no es sólo retórica. En el caso del INCIENSA, requiere comprometer recursos de toda índole -humanos, de laboratorio, de infraestructura física, etc.- para responder a una realidad globalizada que obliga, entre muchas otras, a renovar e intensificar las políticas de capacitación del personal de todos los niveles, a consolidar y reforzar los mecanismos de colaboración intra e interinstitucionales, a clarificar y posicionar la verdadera relevancia de la investigación y de la temática de calidad en este nuevo contexto, a incorporar el máximo de avances tecnológicos en los quehaceres cotidianos de la institución-técnicas de biología molecular, sistemas de información y comunicación, por ejemplo a renovar y optimizar el uso de la infraestructura disponible, entre otros.

Este no es obviamente un proceso fácil y no tiene porque serlo. Parece requerir, sin embargo, del cumplimiento de un objetivo fundamental: la consolidación de una estructura financiero-administrativa que ayude a impulsar un INCIENSA más eficiente, ágil, más productivo y oportuno en relación con las necesidades apremiantes de salud a la cual la ley le obliga a responder. Ojalá en los próximos meses, conforme se consolide la evaluación del Ministerio de Salud que está en curso, se vislumbre también un nuevo panorama para el INCIENSA que tal vez pueda celebrar su XXX Aniversario sin los injustos sobresaltos que a lo largo de los años han minado su capacidad pero, por dicha, no su compromiso.

CONTENIDO

EDITORIAL

Inciensa, un esperado cambio
.....1

AVANCES

Riesgo cardiovascular global en la población adulta del área urbana del cantón Central de Cartago, Costa Rica
.....2

Situación y tendencia del etiquetado nutricional de los alimentos preenvasados en Costa Rica
.....5

DOCENCIA CAPACITACIÓN ASESORIA

Taller centroamericano y de República Dominicana sobre grasas saludables
.....8



RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CENTRAL DE CARTAGO, COSTA RICA

Guzmán S, sguzman@inciensa.sa.cr, Roselló M
Inciensa

El origen de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se atribuye a muchas causas, esto explica, la dificultad para diseñar estudios que aclaren los factores que contribuyen al incremento anual de estas muertes. Actualmente la comunidad científica internacional considera que la prevención de la ECV, requiere de la valoración e intervención conjunta de los factores de riesgo (FR) y la forma adecuada de hacerlo es mediante el uso de algún método de cálculo de riesgo, que incluya los principales FR como las dislipidemias, la edad, el sexo, la presión arterial, la diabetes mellitus y el tabaquismo¹.

El riesgo cardiovascular global (RCG) expresa la probabilidad de presentar un episodio o enfermedad cardiovascular en un período determinado, generalmente de cinco a 10 años. La cohorte del estudio de Framingham evalúa simultáneamente los FR²⁻⁵, por ello, se elaboraron tablas para la medición del RCG, basadas en la ecuación del mencionado estudio. Éstas fueron adaptadas y ampliadas al incluir otros factores de riesgo no considerados en modelos previos para lograr mayor correlación en el perfil de respuesta cardiovascular de cada país. No existen índices de RCG calculados para la

población anglosajona y latinoamericana, no obstante, en la práctica clínica la comunidad científica recomienda la aplicación de alguna de ellas y seleccionar la que considere los factores de riesgo más evaluados en atención primaria^{2,5}.

A partir del año 1999, Costa Rica fue incluida en la red panamericana “Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles” (CARMEN), conformada por instituciones gubernamentales, no gubernamentales, académicas y del sector privado. El objetivo de la red es mejorar la salud de las poblaciones en las Américas, mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles⁶.

En el año 2001, CARMEN, Ministerio de Salud, INCIENSA, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Caja Costarricense de Seguro Social y la Organización Panamericana de la Salud realizaron en el país la encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área urbana del cantón de Cartago⁷, información sobre la cual se planteó este estudio, cuyo objetivo fue determinar el RCG en las personas del área urbana del cantón Central de Cartago, mediante la aplicación de las tablas de

cálculo de riesgo cardiovascular y así proponer la utilización de éstas en el seguimiento de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de la población de Costa Rica.

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Los datos se obtuvieron a partir de la base CARMEN, la cual proporcionó información de 2 247 personas entre los 15 y 64 años de edad y por lo menos seis meses de residir en el área urbana del cantón Central de Cartago en el año 2001. La población final del estudio fue de 735 casos que tenían los datos completos de colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, así como la edad, sexo, presencia de diabetes mellitus, presión arterial y tabaquismo. Se recodificaron las variables y se asignó los puntajes de acuerdo a las tablas de RCG seleccionadas (Framingham clásica, Wilson, Grundy, D'Agostino, Europea, Británica, Framingham calibrada y NCEP). El RCG fue clasificado en las siguientes categorías: riesgo alto $\geq 20\%$, riesgo moderado entre 10 y 19% y riesgo bajo $\leq 9\%$.

Se utilizó el programa SPSS para el análisis de estadísticas descriptivas. La edad promedio fue de 39 ± 12 y 442 (60%) eran mujeres. Según los

factores sociodemográficos, 29% de la muestra tenía entre 35 y 44 años, 45% concluyó los estudios primarios. Asimismo, 50% era trabajador reenumerado y 44% se dedicaba a los oficios del hogar. De la población, 3% era diabética, 19% hipertensa y 26% fumadora activa. También, se evidenció alteraciones en el perfil lipídico, excepto en el HDL-colesterol (Cuadro No.1).

Cuadro No.1
Características de la población según factores de riesgo cardiovascular cantón Central de Cartago Costa Rica, 2001

VARIABLES	n	Media ó %
Edad	735	39 ± 12
Sexo		
Hombres %	208	40
Mujeres%	442	60
Diabetes mellitus%	21	3
Tabaquismo%	207	28
Hipertensión%	138	19
Presión arterial sistólica (mmHg)	735	$117 \pm 19,2^*$
Presión arterial diastólica (mmHg)	735	$74,4 \pm 11,2^*$
Colesterol total (mg/dl)	735	$215 \pm 45,6^*$
Triglicéridos (mg/dl)	735	$175 \pm 115^*$
HDL-colesterol (mg/dl)	735	$43 \pm 14^*$
LDL-colesterol (mg/dl)	735	$136 \pm 36^*$

*Desviación Estandard

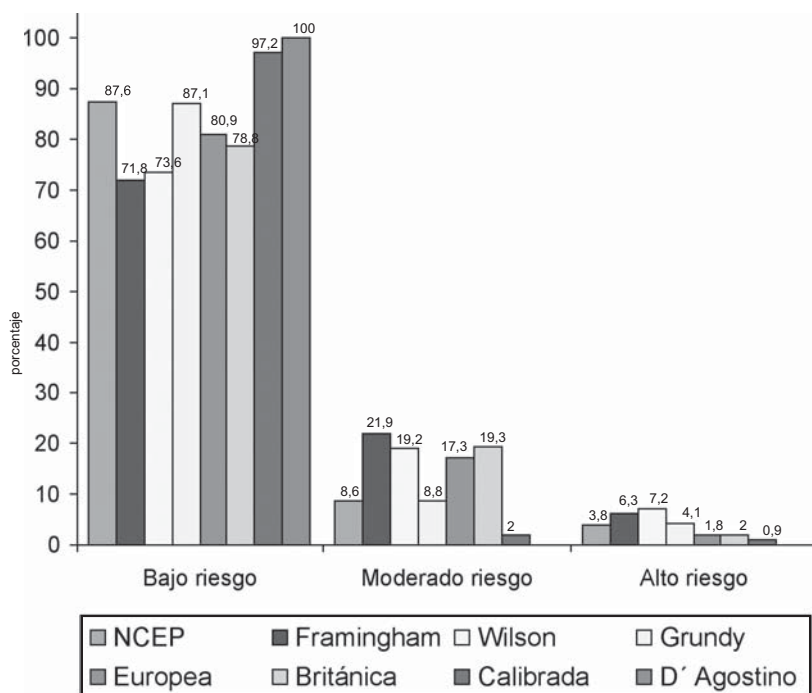
Según la categoría de riesgo, las tablas de NCEP, Grundy, Europea y Framingham calibrada clasificaron 80% de la población en riesgo bajo. La tabla D'Agostino calcula el

riesgo a dos años, lo cual pudo influir para que toda la población se ubicara en esta categoría. La tabla de Wilson es una derivación de la de Framingham clásica, por ello, mostró la distribución de la población muy similar, donde, clasificó a 26,4% y 28,2% entre riesgo moderado y alto respectivamente (Gráfico No.1). El riesgo medio de la tabla Europea fue el más elevado (9,24 ± 6,26), seguido por la de Wilson y Framingham clásica (6,8 ± 7,1 y 6,5 ± 8,2 respectivamente).

Este estudio permitió concluir que en el país se puede estar subestimando el riesgo cardiovascular de la población. Igual que varios autores, se recomienda la utilización de cualquiera de las tablas para calcular el RCG, pues constituyen una herramienta útil para la toma de decisiones en la consulta de atención primaria y el uso individual de este instrumento ayudaría al personal de salud, en la educación que se debe brindar al paciente sobre el riesgo, basado en la condición de los factores de riesgo que presenta cada individuo.

Gráfico No. 1

Clasificación de la población según tabla y riesgo cardiovascular global Cantón Central de Cartago Costa Rica, 2001



Referencias bibliográficas

- Balaguer I. 1998. Estrategias en el control de los factores de riesgo coronario en la prevención primaria y secundaria. *Rev Esp Cardiol*. 51(supl 6):30-35. [Accesado]
- Álvarez A. 2001. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. *MEDIFAM*. [Revista en Internet] 11:122-139. [<http://www.ucm.es/info/psclinic/profesores/riesgo.pdf>]
- Meco J, Pinto X. Cálculo del riesgo coronario. 2002. *Clin Invest Arteroescl*. [Revista en Internet] 14(4):198-208. [Revista en Internet, accesado 27-05-2004: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext>]
- Maiques A. 2003. Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar?. *Aten Primaria*. [Revista en Internet] 32(10):586-589. [<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext>]
- Álvarez A, Navarro E. Estrategias frente a los factores de riesgo vascular. Cuantificación del riesgo cardiovascular. [Sitio en Internet, accesado 12-02-2004, disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/formación_acre2004/tema5/cardiovas-cualr.htm]
- Organización Panamericana de la Salud. Red panamericana Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles (CARMEN). [Sitio en Internet, <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/carmen-info.htm>]
- Ministerio de Salud. 2003. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en la ciudad de Cartago 2001. Factores alimentarios nutricionales. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.



SITUACIÓN Y TENDENCIA DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS PREENVASADOS EN COSTA RICA

Blanco A, ablanco@inciensa.sa.cr, Guzmán S, Padilla G, Roselló M, Núñez H. INCIENSA

En Costa Rica, como en la mayoría de los países en desarrollo el diagnóstico de las enfermedades crónicas no transmisibles se ha incrementado; dentro de éstas, las cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte (OMS, 2002).

En el contexto de promoción, prevención y control de estas enfermedades, el etiquetado nutricional de los alimentos es importante, pues permite orientar a la población en la selección de los alimentos, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud y la Organización para la Agricultura y Alimentación, entre otros, instan a los gobiernos para que realicen acciones tendientes a educar a la población en la adquisición de alimentos más saludables y que las normas establecidas en cada país contribuyan a este fin (Zacarías I; Vera G, 2005). En el país, desde el 2002, rige el reglamento de etiquetado nutricional de los alimentos preenvasados (RTC, 2002).

En el ámbito nacional, se desconoce la cantidad de alimentos preenvasados que tienen etiquetado y los descriptores nutricionales utilizados. Con el fin de obtener información que apoye la ejecución de intervenciones en las áreas social y productiva relacionadas

con la vigilancia y regulación de los alimentos, la promoción de una alimentación saludable y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, el INCIENSA realizó un estudio para describir la situación y la tendencia del etiquetado nutricional en Costa Rica.

Se revisó la información contenida en las etiquetas de alimentos preenvasados en el segundo semestre del 2002, en un supermercado representativo del Área Metropolitana de Costa Rica, con afluencia de diversos grupos socioeconómicos y amplia variedad de productos alimenticios (excepto las bebidas alcohólicas). Se elaboró y validó un formulario y su instructivo. Personal debidamente capacitado recolectó la información indicada en los reglamentos de etiquetado general y la presencia de etiquetado nutricional (contenido nutricional, descriptores nutricionales, declaraciones y/o mensajes relacionados con la salud). Se verificó la calidad de la información recolectada mediante la revisión en el mismo supermercado de una muestra estadísticamente representativa en 10% de la población de estudio. El error encontrado fue menor de 0,05%. Para el análisis descriptivo de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows versión 10.0.

AVANCES

Se recolectó información de 2 910 alimentos preenvasados, de los cuales 56,6% incluyó etiquetado nutricional, valor que varió según el lugar de origen; la mayoría de ellos eran de procedencia local (55,1%), seguido de los de EEUU (Gráfico 1). No obstante, Costa Rica es el país que menos utiliza el etiquetado nutricional (44,6%) (Gráfico 2). Los grupos de alimentos que en menor proporción presentaron etiquetado nutricional son: carnes, derivados de lácteos, azúcares, mermeladas y mieles entre otros (Gráfico 3). De los alimentos con etiquetado nutricional, 18,0% registró descriptores nutricionales y de salud, donde se identificó el empleo de por lo menos 65 de éstos.

Grafico 2
TENDENCIA DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL DE ALIMENTOS PREENVASADOS COMERCIALIZADOS EN COSTA RICA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN (n=1647)

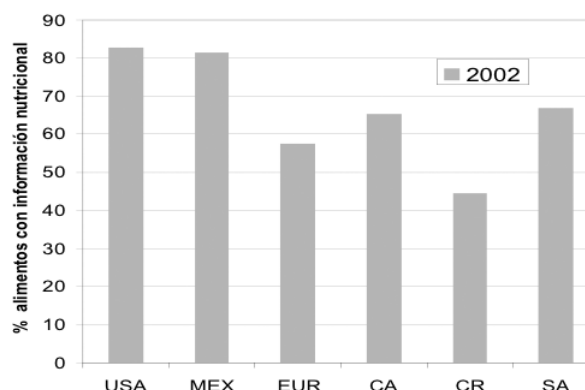
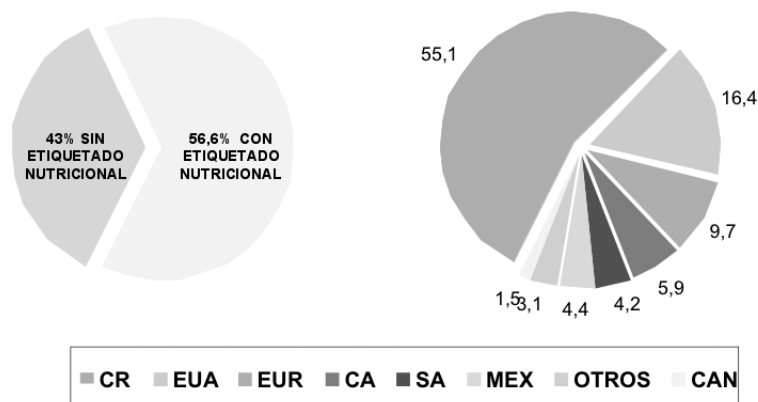


Gráfico 1
PROPORCIÓN DE ETIQUETADO NUTRICIONAL Y LUGAR DE ORIGEN DE LOS ALIMENTOS PREENVASADOS COMERCIALIZADOS EN COSTA RICA, 2002 (n=2910)



En Costa Rica existe una tendencia a la inclusión de información nutricional en los alimentos comercializados, la cual aumentó de 20,0% en 1993 (Viquez, 1996) a 46,6% en el 2002. A pesar de este incremento, 54% de los alimentos preenvasados comercializados en el país y producidos localmente, no incluían etiquetado nutricional. Esta situación puede estar relacionada con el reglamento que entró en vigencia en ese mismo año.

En los últimos años, Costa Rica ha tenido un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles.

AVANCES

En este estudio los grupos de alimentos con menos información nutricional son los relacionados con enfermedades importantes del perfil de salud, como la obesidad, dislipidemias, diabetes y cáncer, por ser alimentos proporcionalmente concentrados en nutrientes de riesgo como carbohidratos simples, de alto índice glicémico y de grasas. Por ello, el etiquetado nutricional es importante y considerado en el ámbito mundial como una herramienta para educación a la población en temas alimentarios y como una estrategia positiva para modificar el consumo de alimentos (Uauy R; Monteiro A, 2004).

La tendencia internacional es instar a los gobiernos para que legislen a favor de la promoción de acciones que fortalezcan la

educación nutricional de la población, sin embargo todavía falta mucho por trabajar en relación al cumplimiento de las mismas.

Referencias bibliográficas

World health report reducing risk, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

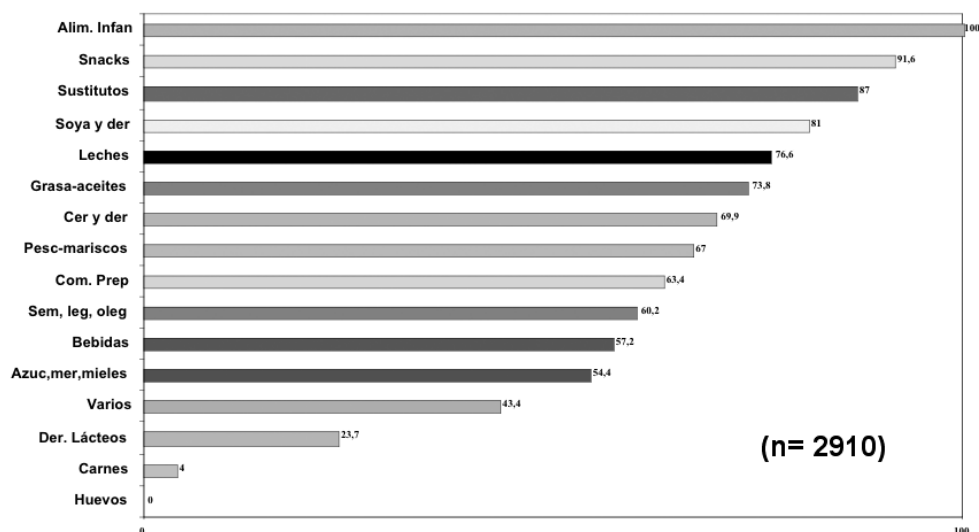
Zacarías I; Vera G. Selección de alimentos, uso del etiquetado nutricional para una alimentación saludable. Manual de consulta para profesionales de la salud. Santiago, Chile, 2005.

RTCR 135: 2002 Etiquetado nutricional de los alimentos preenvasados. Decreto Ejecutivo No. 30256-MEIC-S. La Gaceta N° 71, 15/04/1997.

Viquez N. Diagnóstico de la información nutricional presente en las etiquetas de los productos preenvasados disponibles en el mercado nacional. Tesis de Licenciatura en Nutrición. Escuela de Nutrición. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 1996.

Uauy R, Monteiro CA. El reto de la mejora de la alimentación y la nutrición. En: Consulta regional OPS sobre alimentación saludable y actividad física en las Américas. Foods Nutr Bull 25(2), 2004.

Gráfico 3
PRESENCIA DE ETIQUETADO NUTRICIONAL SEGÚN GRUPO DE ALIMENTO PREENVASADO, COSTA RICA 2002



TALLER CENTROAMERICANO Y DE REPÚBLICA DOMINICANA SOBRE GRASAS SALUDABLES

Del 9 al 11 de agosto del 2006, en las instalaciones del INCIENSA, ubicadas en Tres Ríos, Costa Rica, se llevó a cabo el Taller Centroamericano y de República Dominicana sobre Grasas Saludables, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

El principal objetivo fue sensibilizar a los tomadores de decisiones de los países partícipes en el taller sobre la relevancia en la salud humana de la configuración química de los ácidos grasos insaturados consumidos. Además, pretendió informar sobre los avances tecnológicos logrados por la industria alimentaria en la reducción del contenido de los ácidos grasos trans y en la utilización de ácidos grasos de configuración cis en los productos alimenticios, así como brindar los lineamientos básicos para la elaboración de políticas públicas que favorezcan una alimentación saludable.

El mismo culminó con la firma,

por parte de los directores generales de salud de los países participantes de una resolución en la cual se establecieron las acciones concretas por seguir para la promoción de políticas públicas a favor de los ácidos grasos cardioprotectores.

Los expositores del taller son funcionarios de las universidades de Harvard y de Brown de EU; de la Universidad Nacional de la Plata, Argentina; de la Universidad de Costa Rica; del INCAP; del Ministerio de Salud; del INCIENSA y de la industria alimentaria.

Para más información comuníquese con:

Dr. Rafael Monge, INCIENSA
rmonge@inciensa.sa.cr
(506) 279-9911

Dra. Sandra Murillo, INCAP/ OPS
murillos@cor.ops-oms.org



INCIENSA

Apdo. 04-2250
Tres Ríos, Costa Rica
Tel. (506) 279-9911
Fax (506) 279-5546

Los comentarios que aparecen en el editorial y los artículos son propios de los autores y no representan necesariamente la opinión del INCIENSA ni del Comité Editorial del Boletín.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento, siempre y cuando se cite la fuente y se comunique al Comité Editorial del Boletín.

Tiraje total por número:
2000 ejemplares.

© INCIENSA, 2006
ISSN 1409-3723

www.inciensa.sa.cr

Comité Editorial

Lic. Marlen Solís
E-mail: msolis@inciensa.sa.cr

MSc. Adriana Blanco
E-mail: ablanco@inciensa.sa.cr

Nota importante

Por limitaciones de espacio, muchos detalles metodológicos y de otra índole relacionados con los proyectos, programas, cursos, etc. referidos en éste y otras ediciones del Boletín INCIENSA, no pueden ser incluidos en cada número. Les recordamos a las personas interesadas que el Comité Editorial, atendería o canalizaría, cualquier consulta o sugerencia.

Financiado por INCIENSA, GOBIERNO CENTRAL