

# Nutrición hoy



Boletín trimestral

Órgano del Fondo Nestlé para la Nutrición de la Fundación Mexicana para Salud

Nutrición Hoy / Volumen 2 / Número 1 / enero - marzo 2006

Presentación 1

Síndrome metabólico.  
Definición y criterios 1

Prevalencia del síndrome  
metabólico (SM) en  
población adulta 4

El riesgo a la salud y el  
confort 5

La NOM ( Norma Oficial  
Mexicana) de salud en  
materia alimentaria 6

El programa de Becas del  
Fondo Nestlé para la  
Nutrición (FNN) 7

## Presentación

**N**utrición Hoy inicia su segundo año con este número. Esta publicación del Fondo Nestlé para la Nutrición (FNN) tiene como propósito difundir contenidos y noticias de interés a profesionistas de la salud que laboran en instituciones de segundo nivel de atención, así como a personas no especializadas interesadas en estos temas. Además, damos a conocer algunas de las actividades que lleva a cabo el FNN.

El FNN ha planeado para 2006 varias actividades relacionadas con el síndrome metabólico (SM), entidad nosológica de mucho interés actual, por sus implicaciones para la salud y su elevada frecuencia en nuestra población. Por ello hemos decidido que en este año, este tema sea el eje alrededor del cual se organicen los contenidos de Nutrición Hoy. Iniciamos este primer número con la presentación de los criterios que definen el SM según diferentes autoridades, con mención del debate que se tiene al respecto. La segunda contribución ofrece estimaciones de la magnitud del SM en varias poblaciones y cómo estas estimaciones se ven afectadas por la variedad de criterios diagnósticos. Los cambios recientes de estilos de vida de la población secundarios a la urbanización y a la tecnificación de muchas de nuestras actividades están en el fondo de la incidencia creciente de este problema de salud. A este punto alude la nota sobre el confort y su valoración en la sociedad actual. Iniciamos en este número una sección sobre innovaciones, con la noticia de la publicación de la norma oficial mexicana de salud en materia alimentaria. La consulta de esta norma es obligada para el diseño de intervenciones en nutrición y salud. Finalizamos con una entrevista a una de las becarias del FNN que terminó su especialización en nutrición clínica en Monterrey. El interés por la obesidad y sus implicaciones es creciente. Deseamos que este Boletín contribuya en alguna medida a que se tome más conciencia sobre éste problema.

*Dr. Pedro Arroyo  
Coordinador Científico del  
Fondo Nestlé para la Nutrición*

## Síndrome metabólico. Definición y criterios

**L**os cambios en el ambiente y en las formas de vida, relacionadas con la dieta y la actividad física, han mostrado consecuencias en la salud de las diversas poblaciones. Este deterioro de salud está acorde con las propuestas de la llamada transición nutricional[1]. En el mundo de hoy predominan las enfermedades no contagiosas, relacionadas con la nutrición. Así observamos a nivel mundial una elevación de las tasas de

obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemias, factores que, entre otros, son considerados de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Las ECV son la principal causa de morbilidad y mortalidad y se estima que 16.7 millones de muertes del total global, son causadas por ECV, o sea, el 29.2% del total de muertes, según el World Health Report 2003.[2]

La obesidad central (acumulo en exceso de grasa visceral) y la resistencia a la insulina (básicamente ocurrencia de niveles hiperinsulinémicos en la circulación sanguínea) se consideran actualmente como elementos importantes que pueden conducir a un diagnóstico de síndrome metabólico (SM) cuando coexisten con otros factores de riesgo (sobrepeso, diabetes, hipertensión, dislipidemias). Actualmente hay una discusión internacional sobre como definir al SM. Este síndrome ha sido conocido a través del tiempo con los nombres de síndrome X, síndrome de resistencia a la insulina, e inclusive con el nombre coloquial de cuarteto de la muerte. Esto no es de extrañar pues tiene una historia larga desde sus primeras descripciones en 1920.[3]

Son varias las organizaciones que han propuesto una definición del SM en un intento de unificar criterios diagnósticos y facilitar la práctica clínica. La primera fue la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual hizo una propuesta en 1999; siguió, en ese mismo año, el European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR) y luego, en 2001, el National Cholesterol Education Program, mediante su panel el Adult Treatment Panel III (ATPIII), y en 2003, la American Association of Clinical Endocrinology (AACE). [4-6] Hay diferencias en los indicadores así como en los valores de los puntos de corte para definir la existencia de factores de riesgo positivos, de tal manera que estudios como el realizado por Kahn [7], muestra una variación muy amplia del incremento de riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con SM, el cual va de 30 a 400% en los reportes de diferentes poblaciones, en gran parte atribuible a las diferentes definiciones adoptadas para evaluar el síndrome metabólico.[8]

Frente a la confusión originada por el uso de diferentes definiciones y la dificultad para comparar prevalencias en diferentes poblaciones, la International Diabetes Federation (IDF), convocó a la creación de un grupo de expertos de distintas regiones del mundo y representantes de distintas organizaciones profesionales, incluidas las que habían hecho propuestas previas. Los objetivos de la reunión fueron: a) buscar un consenso sobre criterios diagnósticos de SM útiles tanto en el ámbito epidemiológico como clínico; b) mejorar la identificación de personas con SM; c) definir mejor la naturaleza del síndrome; y d) estimular el empleo del SM en los aspectos preventivos de ECV.[9, 10]

Este grupo de consenso basó su trabajo en la necesidad de crear una herramienta diagnóstica sencilla, universalmente aceptada y cuya aplicación en la clínica fuera suficientemente fácil; el resultado fue una

Tabla 1. Criterios para definir el síndrome metabólico según IDF y ATPIII\*

IDF (International Diabetes Federation)	ATPIII (Adult Treatment Panel III)
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ SM positivo si</li> <li>✓ tiene obesidad central</li> <li>➢ más dos anomalidades</li> </ul>	SM positivo si ➢ tiene 3 a 5 anomalidades
Requisito sine qua non según la IDF	No es requisito sine qua non
Anormalidad= obesidad central ✓ Perímetro de cintura > 88 cm en mujeres > 102 cm en varones Variable según grupos (ver tabla 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ IGUAL</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anormalidad = hipertrigliceridemia</li> <li>• Triglicéridos <math>\geq</math> 150 mg/dL (1.7 mmol/L) Bajo tratamiento por hipertrigliceridemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ IGUAL</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anormalidad= hipoalfalipoproteinemia</li> <li>• HDL: &lt; 40 mg/dL en varones &lt; 50 mg/dL en mujeres Bajo tratamiento por HDL baja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ IGUAL</li> </ul>
Anormalidad= hipertensión PA Sistólica: $\geq$ 130 mmHg PA Diastólica: $\geq$ 85 mmHg Hipertensión bajo tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ IGUAL</li> </ul>
Anormalidad= hiperglicemia ○ Glicemia en ayunas $\geq$ 100 mg/dL ○ Diabetes tipo 2 diagnosticada	Glicemia en ayunas $\geq$ 100 mg/dL Bajo tratamiento hipoglucémico

Los fibratos y el ácido nicotínico son los fármacos utilizados con mayor frecuencia en pacientes con elevación de triglicéridos y disminución de colesterol HDL (high density lipoproteins). Se consideran anormales en triglicéridos y HDL los individuos que están tomando cualquiera de estos fármacos al momento de hacer las mediciones.

Tabla 2. Puntos de corte del perímetro de la cintura para hablar de obesidad central en distintos grupos étnicos<sup>9</sup>

Pais /grupo étnico	Perímetro de la cintura Punto de corte
Europeos	Varones ≥ 94 cm Mujeres ≥ 80 cm
Sud-Asiáticos	Varones ≥ 90 cm Mujeres ≥ 80 cm
Chinos	Varones ≥ 90 cm Mujeres ≥ 80 cm
Japoneses	Varones ≥ 85 cm Mujeres ≥ 90 cm

Estos puntos de corte son de tipo pragmático. Para establecer su relación con riesgo de ECV se requieren más estudios. La clasificación se debe realizar según el grupo étnico, no según el país de residencia.

Algunos estadounidenses de origen no asiático (p. ej., adultos de raza negra o de origen hispano) con incremento marginal de cintura (p. ej., 94-102 cm en varones y 80-88 cm en mujeres) pueden presentar resistencia a la insulina. En estas personas se pueden conseguir efectos benéficos modificando el estilo de vida.

definición, en la cual se reconoce a la obesidad central como un importante determinante del SM, lo plantea como un requisito necesario (ver tabla 1), con directrices para compensar las diferencias en el perímetro de cintura y la distribución del tejido adiposo entre los diferentes grupos étnicos, especialmente para las personas de origen asiático (ver tabla 2). De esta manera la IDF en el 2005, define el SM como una constelación de anomalías metabólicas incluyendo la obesidad central, decremento de lipoproteínas de colesterol de alta densidad (HDL\_C); triglicéridos elevados, presión arterial elevada e hiperglicemia [9].

Posterior a esta definición la American Diabetes Association (ADA) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD) publicaron un informe conjunto, basado en la revisión de los criterios utilizados originalmente por la OMS y por el ATP III. Plantean que el término “síndrome metabólico” se refiere a un grupo específico de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, en los cuales subyace una fisiopatología que se estima relacionada con la resistencia a la insulina.[7] En este informe se pone en

entredicho, después de una revisión extensa de la literatura, si el SM no es solamente una manera de etiquetar a las personas en forma inútil e inclusive se plantean si es realmente un síndrome, entre otros aspectos, porque se desconoce su causa precisa. Por otra parte, dentro de sus conclusiones, destacan la utilidad del constructo del síndrome como una agrupación de factores de riesgo. Hacen ver que al identificar un factor de riesgo en un paciente, se deben buscar otros, pero se requieren de más estudios antes de poderlo designar como un síndrome.

Poco después del informe de la ADA y la EASD, la American Heart Association (AHA) y el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) publicaron sus puntos de vista sobre el diagnóstico y manejo del SM[5]. Lo definen como, una constelación de factores de riesgo endógenos que incrementan el riesgo de desarrollar tanto una ECV aterosclerótica como una diabetes tipo 2. En esta publicación, se plantea que los principales factores de riesgo subyacentes en el SM parecen ser la obesidad abdominal y la resistencia a la insulina. Asimismo, se hace referencia a que el síndrome no es una entidad causada por un solo factor y que muestra considerables variaciones en sus componentes y entre los diferentes individuos, y que las variaciones son mayores entre diferentes grupos étnicos y raciales.

Desde la perspectiva de la AHA y el NHLBI el SM puede ir de factores de riesgo no relacionados a una constelación de factores de riesgo vinculados a través de un mecanismo subyacente común. Pero por ahora la presencia de SM es más un indicador general de alto riesgo para enfermedad cardiovascular aterosclerótica y diabetes tipo 2. De esta forma, mantienen los criterios del ATP III con menores modificaciones (ver tabla 1), esta decisión está basada en la conclusión de que ATP III contiene criterios simples para uso en el contexto clínico y tiene la ventaja de no hacer énfasis en una sola causa. En este sentido, también se hace referencia a los numerosos estudios realizados para evaluar los criterios de ATP III y la mayoría de los reportes apoyan la estructura actual de los criterios. Esto último se tradujo en que sólo se ajustó el punto de corte de la glucosa en plasma en ayuno, que se redujo de > 110 a 100mg/dL, de acuerdo a las recientes modificaciones de la ADA. Estos criterios no contemplan considerar el incremento de cintura en los pacientes en los cuales hay otros tres factores de riesgo, pero si consideran una disminución del punto de corte del perímetro de cintura, en lo relativo al riesgo sobre todo en las personas de origen asiático-americano.

Finalmente, las definiciones de la IDF (emanada de un amplio consenso) y la del ATP III, (utilizada en mayor medida en el contexto clínico) tienen similitud de criterios para establecer el diagnóstico del SM como se

muestra en la tabla 1. Ello lleva a que prácticamente clasifiquen con SM positivo a los mismos individuos. Ambos organismos coinciden asimismo en sus recomendaciones sobre el tratamiento clínico e intervenciones dirigidas a modificar dieta y actividad. La diferencia entre ambas definiciones la establece la inclusión para la IDF de la obesidad central como criterio necesario y el establecimiento de diferentes puntos de corte para evaluar la circunferencia de cintura según grupo étnico. Este último aspecto es un punto que necesita explorarse más en América Latina.

1. Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting. *Public Health Nutrition* 2002; 5: 93-103.
2. World Health Organization. Cardiovascular disease: prevention and control. Report 2003. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en>. [consultado 2006 13 Marzo].
3. Eckel RH, Grundy SM, and Zimmet PZ, The Metabolic Syndrome. *Lancet*, 2005; 365: 1415-1428.
4. Zimmet P, et al., The Metabolic Syndrome: A Global Public Health Problem and New Definition. *Atherosclerosis and Thrombosis* 2005; 12: 295-300.
5. Grundy SM, et al., Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. An American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute. Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112: e285-e290.
6. Grundy SM, et al., Definition of Metabolic Syndrome: Report of The National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 2004; 24: 13-18.
7. Kahn R, et al., The Metabolic Syndrome: Time for Critical Appraisal. Joint statement from the American Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 2289-2304.
8. Ford ES and Giles W, A comparison of the Prevalence of the Metabolic Syndrome Using Two Proposed Definitions. *Diabetes Care* 2003; 26: 575-581.
9. International Diabetes Federation, Consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Disponible en: [www.idf.org/webdata/docs/IDF\\_metasyndrome-definition.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_metasyndrome-definition.pdf). 2005.
10. Zimmet P, A.K., Serrano M., Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamentos y resultados. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 1371-1376.

**Victoria Fernández**

## Prevalencia del síndrome metabólico (SM) en población adulta

Las diversas definiciones que se han adoptado en el curso de la evolución conceptual del síndrome metabólico, hacen difícil la tarea de comparar las prevalencias entre países y regiones del mundo. A pesar de diferencias en las definiciones adoptadas y en aspectos metodológicos, revisiones como la de Camerón y otros [1] han permitido apreciar que existe variación importante de la prevalencia de acuerdo a tres variables: el sexo, la edad y la etnia. Así, la prevalencia del SM se presenta con mayor frecuencia en ciertos grupos, en hombres y en otros, en mujeres, aumenta conforme se incrementa la edad, y hay amplias variaciones en función del grupo étnico.

Las diferencias en lo referido a los puntos de corte para considerar que existe obesidad en las diferentes etnias constituyen un problema en la aplicabilidad de las definiciones de SM propuestas por la OMS en 1999 o bien en la definición de SM generada por el National Cholesterol Education Program Adult Treatment (NCEP) de los Estados Unidos. Esta última es conocida como la definición ATPIII por haber sido

generada por un panel de la NCEP llamado Adult Treatment Panel III (ATPIII) en 2001. Más recientemente, en 2005, la International Diabetes Federation (IDF) a partir de un amplio consenso, adoptó una nueva definición que tiene como característica fundamental el de la magnitud de la circunferencia de la cintura de los sujetos. Se propuso el que hubiera puntos de corte específicos de circunferencia de cintura (CC) para diferentes grupos étnicos; ya que la obesidad central, la asociada con una cintura grande, es considerada esencial en esta definición. Hay evidencia que relaciona la CC con enfermedad cardiovascular y con otros componentes del síndrome metabólico.

La existencia de cuando menos tres definiciones colegiadas de SM (OMS, ATPIII e IDF) ha dado lugar a estudios de comparación de prevalencias de SM según las definiciones. En el cuadro 1 se muestran algunas de estas comparaciones junto con datos de estudios en que no se comparan. Los datos se presentan separados por sexo.

Con los criterios del ATPIII las prevalencias más bajas se observan en países asiáticos. El contraste ATPIII versus IDF en Japón, muestra un incremento importante de SM en los hombres evaluados por IDF pero una disminución

Cuadro1. Prevalencias del síndrome metabólico

País ó Región	Edad	N sujetos	OMS <sup>a</sup>		ATPIII <sup>b</sup>		IDF <sup>c</sup>	
			(H)	(M)	(H)	(M)	(H)	(M)
Okayama Japón[2]	20 - 79	2 228			26.9	14.7	37.3	4.4
EUJ[3]	≥ 20	3 601			34.4*	34.5*	40.7*	37.1*
México[4]	20 - 69	2 158	13.4*	13.8*	28.5*	25.2*		
Canarias, Esp [5]	18 - 74	578			24.5	24.3		
Cd. de México[6]	35 - 64	2 282			38.9*	65.4*		
Corea del Sur[7]	20 - 79	16 650			14.2	17.7		

H= Hombres, M= Mujeres; \* Prevalencias ajustadas por edad

<sup>a</sup> Diabetes ó glicemia en ayuno alterada o tolerancia a la glucosa alterada o resistencia a la insulina, más dos o más de los siguientes criterios: Obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup> ó relación cintura/cadera > 0.9 (H) y 0.85 (M)); dislipidemia (triglicéridos ≥ 150mg/dL ó colesterol HDL < 35mg/dL (H) y < 38mg/dL (M)); presión arterial > 140/90 mm Hg, microalbuminuria ≥ 20mg/L

<sup>b</sup> Conforme a los criterios señalados en la tabla del artículo precedente

<sup>c</sup> Conforme a los criterios señalados en la tabla del artículo precedente

en mujeres, lo cual no ocurre en el estudio estadounidense en que la prevalencia IDF aumenta tanto en hombres como en mujeres. Esto se ha atribuido a las diferencias en los puntos de corte de la CC en una y otra definición. En un estudio mexicano (referencia 4 en el cuadro), las prevalencias de SM son substancialmente menores con los criterios de la OMS que con los criterios de ATPIII. Por otra parte, se reconoce que podrá tenerse

mayor certeza del valor comparativo de estas definiciones cuando se acumule evidencia de cómo se relacionan estas diferencias con la ocurrencia de problemas cardiovasculares.

Otras prevalencias de acuerdo a los criterios del ATPIII son los datos mexicanos de la referencia 4, con rango de edad semejante a los españoles de las Islas Canarias, que muestran datos similares en mujeres, pero la prevalencia de SM es mayor en los hombres mexicanos. Respecto a los dos estudios mexicanos, ambos se llevaron a cabo en población residente de zonas urbanas, el realizado en la ciudad de México (referencia 6) incluyó población de mayor edad que el de la referencia 4, esto explicaría en parte sus prevalencias más altas de SM, no obstante las cifras de ambos son preocupantes por su magnitud, particularmente las de mujeres por arriba de 35 años de edad. Reflejan, la necesidad urgente de aplicar programas de intervención y preventivos, así como la importancia de evaluar la prevalencia del síndrome metabólico en población rural y en grupos indígenas de México.

## Referencias

1. Citado por: Eckel, R., Grundy SM, and Zimmet. PZ. The metabolic syndrome. Lancet 2005; 365: 1415-1428.
2. Miyatake, N., et al., Prevalence of Metabolic Syndrome in Okayama Prefecture, Japan. (DOI:10.2169/internalmedicine.45.109),2006
3. Ford, E.S., Prevalence of the Metabolic Syndrome defined by the International Diabetes among adults in the U.S. Diabetes Care 2005; 28: 2745-2749.
4. Aguilar-Salinas, C.A., et al., High prevalence of Metabolic Syndrome in Mexico. Archives of Medical Research 2004; 35: 76-81
5. Alvarez-León, E., L. Ribas-Barba, y L. Serra-Majem. Prevalencia del síndrome metabólico en la población de la comunidad canaria. Med Clin 2003; 120: 172-174.
6. Lorenzo, C., et al. The prevalence of the Metabolic Syndrome did not increase in México City between 1990-1992 and 1997-1999 despite more central obesity. Diabetes Care 2005; 28: 2480-2485.
7. Park, H.S., et al. The metabolic syndrome and associated lifestyle factors among South Korean adults. International Journal of Epidemiology 2004; 33: 328-336.

**Mercedes García**

## El riesgo a la salud y el confort

En el siglo XIX aparecieron en el mundo las primeras ideas sobre la higiene en términos domésticos, de manera que la población que podía permitírselo, se procuraba agua corriente, sistemas de desechos sanitarios, jabones y perfumes, etc. Así, un elemento fundamental en el control de las enfermedades infecciosas, pasó a ser en esta versión doméstica, un elemento fundamental de comodidad y por tanto, se volvió un marcador de estrato social. De esta manera, en la medida que fue siendo posible y no sólo en la higiene sino en todas las esferas de la vida cotidiana, el confort evolucionó a ser un paradigma del desarrollo.

El otro gran elemento del confort fue la reducción de la actividad física que se produjo como consecuencia de tener a la mano, sin demasiado esfuerzo, todos los elementos necesarios para vivir, entre los que son indispensables los alimentos. Por lo que concierne a la actividad física, todos los modelos de desarrollo han tendido hacia la mecanización de los procesos, de manera que cada vez son menores los esfuerzos para hacer un trabajo doméstico, industrial o agrícola. El desarrollo tecnológico, como uno de los motores principales de la vida actual, busca crear industrias que generen riqueza y puestos de trabajo y al mismo tiempo, hacer la vida más confortable. Esto se refleja, por ejemplo, en el caso de los sistemas de transporte, cuando se considera que son más eficientes en tanto permiten que un ciudadano camine menos.

Si bien en su origen el confort fue un elemento a alcanzar, el crecimiento de la sociedad de consumo condujo a una difusión rápida de los bienes de confort particularmente de los que poseen un carácter altamente distintivo. En este sentido, el siglo XX, época del crecimiento y desarrollo sobre todo en su segunda mitad, ha sido también la época en que el confort se volvió un valor emblemático que "demostraba" el estado de avance de una sociedad que estaba en búsqueda de bienestar y felicidad. En la sociedad actual, el confort ya es un fin social en sí mismo, y no sólo un marcador (1).

Hoy nos enfrentamos a la paradoja de que el bienestar, representado por la disminución del esfuerzo físico y por la disponibilidad de alimentos

a todas horas y en cualquier espacio, promueve el mismo al consumo como indicador de bienestar y como motor que genera empleos y teóricamente más riqueza, lo que a su vez permite más consumo, y así sucesivamente. A mi ver, parecería ser que todos estamos de acuerdo con este paradigma de bienestar. Pero, al mismo tiempo, estamos de acuerdo en que este bienestar es el gran "culpable" de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo contemporáneo occidental. Nuestra preocupación sobre el creciente aumento del número de casos del síndrome metabólico entre las poblaciones de todo el mundo, coincide como nunca antes, con el éxito actual del desarrollo tecnológico. Así, el discurso médico que combate el síndrome metabólico con base en promulgar la disminución del consumo de alimentos (sobre todo industrializados) y el aumento de la actividad física, se enfrenta a graves obstáculos pues va contra nuestro confort. El concepto de confort ha tenido una larga historia de más de 150 años para implantarse hasta llegar a ser hoy, en todos los países, uno de los puntales de los indicadores de bienestar.

Nos enfrentamos entonces a una realidad compleja donde la promoción de estilos de vida saludables no tiene razón de ser en tanto va en sentido completamente opuesto al sistema social, político, económico y cultural implantado hace tiempo. Así, uno de los temas pendientes de la salud pública de hoy es cómo solucionar esta contradicción.

#### Referencia

1. Le Goff O. L'invention du confort. Naissance d'une forme sociale. Lyon: Presses Universitaires de Lyon; 1994.

*Miriam Bertran*

## Innovaciones

### La NOM (Norma Oficial Mexicana) de salud en materia alimentaria

**E**l lunes 23 de enero de 2006 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

El propósito fundamental de esta NOM es establecer los criterios generales para orientar a la población mexicana en materia de alimentación. Se entiende por orientación alimentaria al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y con la alimentación para favorecer la adopción de una

dieta correcta a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

Los contenidos de la NOM-043 fueron seleccionados con el fin de cubrir tres líneas de acción:

1. Establecer las necesidades nutricias a lo largo del ciclo de vida con énfasis en los grupos de riesgo (niños desde su gestación hasta la pubertad/ mujeres embarazadas o en periodo de lactancia/ adultos mayores/ personas con actividad física intensa).
2. Establecer criterios para evaluar el estado nutricional de la población en general.
3. Sugerir medidas para la prevención de enfermedades relacionadas con la nutrición, reconocidas como problemas prioritarios de salud pública en México.

La NOM-043 está presentada en un formato que cubre tres áreas de interés: a) definición de términos, b) disposiciones generales y específicas y c) apéndices normativos e informativos.

En relación con definiciones, la NOM-043 define 33 términos, entre ellos, dieta, alimentación correcta, hábitos alimentarios, platillo, colación o refrigerio, alimento, nutrimento, alimentación, promoción de la salud, educación para la salud,

participación social, por mencionar sólo algunos. En cuanto a las disposiciones generales describe los criterios para consumir una alimentación correcta. Básicamente, hace consideraciones sobre los tres grupos de alimentos (verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal) y presenta recomendaciones de consumo para cada uno de ellos. Asimismo, promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y hace énfasis sobre las prácticas de higiene en la preparación de los alimentos. En las disposiciones específicas se describen las necesidades nutricias de los grupos de riesgo anteriormente mencionados

Esta Norma se complementa con otras dos más:

· NOM- 007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

· NOM- 093-SSA1-1994 Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos.

La NOM-043 es de observancia obligatoria para las personas físicas o morales que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria, de los sectores público, social y privado. La completa revisión de esta Norma puede realizarse en: [http://www.fondonestlenutricion.org.mx/publicaciones/informes\\_tec/informes\\_tec06.htm](http://www.fondonestlenutricion.org.mx/publicaciones/informes_tec/informes_tec06.htm)

**Jeanette Pardío**

## El programa de Becas del Fondo Nestlé para la Nutrición (FNN)



La Licenciada Nadia Varela fue becaria del Fondo Nestlé para la Nutrición (FNN), para estudiar la especialidad en Nutriología Clínica en la Facultad de Salud

Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, institución donde actualmente presta sus servicios como docente.

*¿Qué orientó el interés por estudiar esta especialidad?*

El convencimiento de que actualmente se requiere en nuestro país cada vez mayor formación para competir y colaborar en un mismo nivel con otros profesionistas. Reconozco el esfuerzo y la trascendencia de trabajar en equipo con el médico especialista, para orientar y educar al paciente y a su familia en el ámbito de la prevención y tratamiento de enfermedades relacionadas con la nutrición.

*¿Se cumplieron las expectativas que la motivaron a realizar esta especialización?*

Si, definitivamente las superaron. El egresado de esta especialidad obtiene conocimientos profundos sobre la relación nutrición, dieta y salud-enfermedad. Durante la preparación se profundiza en las prácticas e investigaciones que se llevan a cabo dentro del curso y con seminarios en el extranjero.

*¿Qué posibilidades tiene en su medio de apoyar la enseñanza de la nutrición?*

Muy amplias, ya que con la especialización, tuve la oportunidad de incorporarme como Maestra en la Licenciatura en Nutrición, y de este modo, ser parte de la formación de futuros nutriólogos. Asimismo, por trabajar directamente con pacientes ambulatorios u hospitalizados y el medio que los rodea; se tiene posibilidad no solo de educar al paciente sino a la comunidad en general.

*¿Ha participado en actividades de investigación?*

Si, en dos protocolos:

"Evaluación del consumo de una harina de maíz vitaminada vs no vitaminada sobre el crecimiento, desarrollo y estado nutricional de preescolares y escolares de una zona rural del sur del Estado de Nuevo León"

"Evaluación del impacto del consumo de una harina de maíz vs suplemento oral sobre los niveles de ácido fólico sanguíneo en mujeres de edad fértil"

## Eventos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

### III CURSO DE OBESIDAD

6, 7, y 8 de Abril de 2006

Auditorio Principal del Instituto

---

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo-Instituto de Ciencias de la Salud  
Fondo Nestlé para la Nutrición-Fundación Mexicana para la Salud

### Seminario de Nutrición Clínica "Obesidad y Pobreza"

Mayo 12, 2006

Auditorio del Instituto de Ciencias de la Salud  
Pachuca, Hgo.

Fondo Nestlé para la Nutrición (FNN), Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), *Presidente Ejecutivo de FUNSALUD*, Dr. Manuel Ruiz de Chávez; *Coordinador Científico del FNN* Dr. Pedro Arroyo; *Consultores del FNN/FUNSALUD*: E.S.P. Victoria Fernández, L.N. Jeanette Pardío, Q.F.B. Alvar Loria, M.C. Mercedes García; *Consultor UAM-X* M.C. Miriam Bertran; *Coord. Admvo.* Martha Pacheco; *Diseño Editorial* M.C. Victoria Castellanos e Ing. Marcos Caselin; Teléfono:56 55 90 11 Fax: 56 55 82 11, Correo: parroyo@fondonestlenutricion.org.mx; NESTLÉ-FUNSALUD Lic. Jorge Arévalo Ch.