

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo R, Galceran JM, *et al.* Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2014;34(3):302-16. doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464.
2. Chapter 2: Definition, identification, and prediction of CKD progression. *Kidney Int Suppl* (2011). 2013;3(1):63-72. doi: 10.1038/kisup.2012.65
3. Martín Alemany, N, Almirall Daly J, Orellana Fernández R, Andreu X. Proteinuria de tipo nefrótico en la nefroangiosclerosis hipertensiva: características clínicas y evolutivas. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(9):392-4. doi: 10.1016/j.medcli.2013.09.015.
4. Torres-Conde S, Herrador-Paredes J, Muñoz-Abad L, Lozano-Fernández MJ, Pozuelos-Estrada J. Nefroangiosclerosis hipertensiva, a propósito de un caso con proteinuria en rango nefrótico, sin hipoalbuminemia ni edemas. *Semergen*. 2015;41(8):e75-7. doi: 10.1016/j.semerg.2014.10.001.
5. Obialo CI, Hewan-Lowe K, Fulong B. Nephrotic proteinuria as a result of essential hypertension. *Kidney Blood Press Res*. 2002;25(4):250-4.

Correspondencia: Jessica Bravo Zuñiga

Dirección: Francisco Graña 674, dpto 204. Lima 17, Perú

Teléfono: (+511) 995020905

Correo electrónico: ivobz@yahoo.es

ETIQUETADO DE ALIMENTOS Y PROCESADOS: UNA HERRAMIENTA NECESARIA PARA LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA

FOOD AND PROCESSED FOOD LABELLING: AN INSTRUMENT NEEDED FOR ALIMENTARY EDUCATION

Helard Manrique^{1,3,a}, Miguel Pinto^{2,a}, Vanessa Sifuentes^{3,b}

Sr. editor. Hemos leído el Decreto Supremo (DS) 017-2017-SA, publicado el día 17/6/17 ⁽¹⁾, que sustituye al D.S. 007-2015-SA del 18/4/15. Este DS establece nuevos

parámetros técnicos. Llama la atención que, a los seis meses de su aprobación, se permitirá hasta 6 g de azúcar/100 mL para bebidas y hasta 22,5 g de azúcar/100 g para alimentos sólidos. Recién al sobrepasar dichas cantidades el alimento deberá llevar una advertencia que indique "Alto en".

El DS también establece que, a los 39 meses de publicado –periodo que nos parece excesivo–, las empresas deberán ajustarse a nuevos límites (hasta 5 g de azúcar/100 mL en bebidas y hasta 10 g/100 g en alimentos sólidos) ⁽¹⁾; exactamente el doble de lo que permitía el reglamento del 2015. Estudios recientes de prevalencia de sobrepeso y obesidad muestran que nuestro país está inmerso en una epidemia, ya que el 53,8% de los peruanos tiene sobrepeso y obesidad ⁽²⁾, debido a que vivimos en un ambiente de alimentos hipercalóricos en donde, culturalmente, predominan los regímenes alimentarios excesivos, mal equilibrados y, por ende, poco saludables.

El Perú carece aún de una política de salud pública para hacer frente a dicha pandemia, sin olvidar que el 7% de la población peruana tiene diabetes ⁽³⁾.

El etiquetado de los alimentos vigente nos provee información de las cantidades de nutrientes que contienen; sin embargo, la mayoría de ciudadanos no logran comprenderla en su totalidad debido a su complejidad. En el Perú, un 5,7% de la población es analfabeta ⁽⁴⁾ entonces, ¿cómo podemos pedirles que comprendan las etiquetas de los productos que consumen?

En el Ecuador, la experiencia del "semáforo nutricional (SN)" está vigente desde el 2014. Ellos consideran que un producto tiene bajo contenido de azúcar cuando contiene 2,5 g /100 mL de producto líquido y 5 g/100 g de producto sólido ⁽⁵⁾. Si el producto cumple con este requerimiento, entonces, delante de su envoltura se colocará un círculo verde y dentro de él estará escrito "bajo en azúcar". La Organización Mundial de Salud apoya esta norma desde sus lineamientos de alimentación saludable. Estudios han demostrado que el SN ha tenido un efecto positivo en el conocimiento y comprensión del contenido de los productos procesados. Las prácticas relacionadas a la compra y consumo de alimentos procesados mejoran a través de la promoción de la política del etiquetado nutricional, control de la comercialización, y el monitoreo y la vigilancia de su implementación ⁽⁶⁾.

Esto no solo busca que los ciudadanos puedan tener una elección más consiente, sino también, un incentivo para que las industrias reformulen la cantidad de grasas, azúcar y sal que colocan en sus preparaciones.

¹ Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

² Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Centro de Investigación en Diabetes Obesidad y Nutrición. Lima, Perú.

^a Médico endocrinólogo, ^b nutricionista.

Recibido: 24/07/2017 Aprobado: 09/08/2017 En línea: 29/09/2017

Citar como: Manrique H, Pinto M, Sifuentes V. Etiquetado de alimentos y procesados: una herramienta necesaria para la educación alimentaria. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):571-2. doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.3020

Creemos que el reglamento de alimentación recientemente promulgado en nuestro país está dirigido y sectorizado. Este debería tener un enfoque más amplio y proteger a toda la población y no solamente al niño y al adolescente; sino también, advertir a la población diabética, obesa, gestante, etc. de aquellos alimentos que ponen en riesgo su salud.

Finalmente, es importante que este tipo de políticas involucren a la sociedad civil representada por los profesionales de salud (endocrinólogos, nutricionistas e instituciones de salud) y conseguir un reglamento de "seguridad alimentaria y nutricional" de consenso con las sociedades científicas.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Declaración de conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú, Presidencia del Consejo de Ministros. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable. DS 017-2017-SA. Diario oficial El Peruano, 9729, 17 de junio de 2017.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar 2016, Nacional y Regional [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2017 [citado el 15 de marzo 2017]. Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/Informes/Libro_ENDES%202016.pdf
3. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015;3(1):e000110. doi: 10.1136/bmjdr-2015-000110
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Síntesis estadística 2015 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2015 [citado el 15 de marzo 2017] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1292/libro.pdf
5. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Expídase el Reglamento sanitario de etiquetado de alimentos procesados para el consumo humano. Acuerdo 00004565. Primer Suplemento del Registro Oficial, 134, 29 de noviembre de 2013.
6. Díaz AA, Veliz PM, Rivas-Mariño G, Vance C, Martínez LM, Vaca C. Etiquetado de alimentos en Ecuador: implementación, resultados y acciones pendientes. *Rev Panam Salud Pública*. 2017;41: e54.

Correspondencia: Helard Manrique Hurtado
 Dirección: Calle Alberto Alexander 2480, Lima 14, Perú.
 Teléfono: (+511) 4723769
 Correo electrónico: helardmanrique@gmail.com

ANÁLISIS DE MICROMATRICES CROMOSÓMICAS EN NIÑOS PERUANOS CON RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CHROMOSOMAL MICROARRAY ANALYSIS IN PERUVIAN CHILDREN WITH DELAYED PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OR INTELLECTUAL DISABILITY

Hugo H. Abarca-Barriga^{1,2,a,b}, Miguel A. Chávez Pastor^{1,3,c},
 Milana Trubnykova^{1,a}, Flor Vásquez^{1,d},
 Julio A. Poterico^{3,4,e}

Sr. Editor. La discapacidad intelectual (DI) se define como la limitación en dos áreas: la inteligencia o capacidad mental y el comportamiento adaptativo en cualquiera de sus tres dominios: conceptual, social y práctico ⁽¹⁾. El retraso del desarrollo psicomotor (RDPM) representa la adquisición anormal de habilidades psicomotrices, ya sea porque el niño pequeño no alcanzó alguno de los hitos del desarrollo, los alcanzó después del tiempo esperado o de una manera incompleta. Se podría plantear que el RDPM genera una sospecha de DI, por ello, es importante identificar su etiología y mantener un monitoreo continuo ^(2,3).

La prevalencia de DI se estima entre 1 a 3% en la población mundial, con mayor afección en los países en desarrollo, cuyas tasas podrían subestimarse por la demora en el diagnóstico, falta de acceso a servicios y tecnologías diagnósticas, ausencia de programas con enfoque dirigido hacia este tipo de pacientes, entre otros ⁽²⁾. De acuerdo con la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012, se estima que el 1,7% de la población peruana presenta algún grado de limitación del intelecto; así, aproximadamente 506 358 peruanos tendrían alguna limitación en las funciones mentales cognitivas ⁽⁴⁾. Sin embargo, el diagnóstico de discapacidad intelectual involucra más que lo reportado por la encuesta nacional mencionada.

¹ Servicio de Genética y Errores Innatos del Metabolismo, Instituto Nacional de Salud del Niño, Sede Breña. Lima, Perú

² Programa de Postgrado, Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

³ Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

⁴ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú

^a Médico genetista; ^b magíster en Genética Humana; ^c médico pediatra, endocrinólogo y genetista; ^d biólogo molecular; ^e médico residente de Genética Médica

Recibido: 15/03/2017 Aprobado: 06/09/2017 En línea: 11/09/2017

Citar como: Abarca-Barriga HH, Chávez Pastor MA, Trubnykova M, Vásquez F, Poterico JA. Análisis de micromatrices cromosómicas en niños peruanos con retraso del desarrollo psicomotor o discapacidad intelectual [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):572-4. doi: 10.17843/rpmpes.2017.343.2741