

Auto-reporte de problemas de salud relacionados con nutrición en Costa Rica

Reported Morbidity Related to Nutrition in Costa Rica

Anne Chinnock¹, Miriam León Solís²

1. Licenciada en Nutricionista, Ph.D en Ciencias. Universidad de Costa Rica anne. chinnock@ucr.ac.cr
2. Licenciada en Estadística, Máster en Población y Salud, Caja Costarricense de Seguro Social mleonsol@ice.co.cr

Recibido: 12 de julio 2013

Aprobado: 3 noviembre 2013

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de problemas de salud relacionados con nutrición y autoreportados en diferentes comunidades de Costa Rica entre 1994 y 2012.

Métodos: se analiza datos recolectados entre 1994 y 2012 por estudiantes de la Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica. Las familias encuestadas fueron seleccionadas por muestra probabilística de tipo aleatorio simple y por medio de entrevistas a las madres u otro adulto de la familia, se recolectó datos sobre 12 problemas de salud relacionados con nutrición. En caso de obtener una respuesta afirmativa, se preguntó por el tipo de diagnóstico y si la persona seguía algún tipo de control o tratamiento. Se calculó la frecuencia del reporte de cada problema por comunidad en total y de cada grupo de edad.

Resultados: En todas las comunidades encuestadas a partir de 2006, más de 90% de las familias reportan tener en uno o más de sus miembros, por lo menos uno de los problemas de salud y a partir de 1997, de las 22 comunidades con datos disponibles en 16, más del 50% de las personas pertenecientes a las familias encuestadas, reportan uno o más de los 12 problemas de salud. Los problemas de salud reportado por más de 10 % de la población encuestada en la mayoría de las comunidades fueron: gastritis, caries dental, exceso de peso e hipertensión arterial.

Conclusión: se encontró una alta prevalencia de problemas de salud relacionados con nutrición y reportados en las comunidades encuestadas.

Palabras claves: Encuestas de Morbilidad, Encuestas Nutricionales (fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of health problems related to nutrition through self-reports in families of different communities in Costa Rica between 1994 and 2012.

Methods: Data collected by nutrition students of the Nutrition School, University of Costa Rica between 1994 and 2012 was analyzed. Families were selected by simple random sampling and interviews were conducted on housewives or other adult family members asking about the presence of 12 different health problems related to nutrition. In cases of an affirmative reply, type of diagnosis and treatment was also asked. The frequency of reported presence of each problem was calculated for each community in total and for each age group.

Results: In all the communities studied since 2006, more than 90% of the families report the presence in at least one member of one or more of the health problems. Since 1997, in 16 of the 22 community surveys, more than 50% of the family members are reported as having one or more of the health problems. The following problems were reported in more than 10% of the survey population: gastritis, dental caries, overweight or obesity and arterial hypertension.

Conclusion: A high prevalence of health problems related to nutrition was reported among the families surveyed in the communities.

Key words: Morbidity Surveys, Nutrition Surveys (source: NLM, MeSH)

Profesionales en nutrición tienen un rol fundamental en proveer información sobre la situación nutricional de poblaciones a las personas involucradas en la planificación de proyectos a nivel local o nacional de un país y una de las fuentes de este tipo de información es la encuesta nutricional(1). Frankle y Owen (2), describen la encuesta nutricional de una muestra representativa de una comunidad que se realiza en un periodo relativamente corto de tiempo, y que utiliza varios indicadores del estado nutricional. Su fin es describir y cuantificar los problemas nutricionales.

Los resultados de encuestas nutricionales son útiles en todas las etapas de planificación de intervenciones cuyo objetivo es mejorar la situación nutricional de poblaciones, o sea en el diseño, monitoreo y evaluación de programas. Los grupos de profesionales con interés en conocer los resultados de encuestas nutricionales incluyen los que trabajan en la planificación de programas y proyectos, los responsables de crear políticas a nivel del gobierno, en organizaciones privadas y otros sin fines de lucro y los profesionales de las ciencias sociales (1).

En Costa Rica el Ministerio de Salud ha realizado varias encuestas nutricionales a nivel nacional, a partir del año 1967 (3), en 1975, 1978, 1982, 1996 y en 2008-2009. Además, existen encuestas en comunidades específicas del país como las encuestas basales en comunidades centinela del Ministerio de Salud, y otros con fines más específicos (4-6). La Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica, desde su inicio en los años 1980, ha incluido la encuesta nutricional como parte de los cursos en el área de la nutrición pública. El objetivo de las encuestas nutricionales realizadas durante los cursos en las diferentes comunidades del país es determinar la prevalencia de problemas relacionados con nutrición en cada comunidad y desde 1983 se han realizado 35 encuestas como parte de los cursos de su plan de estudios de bachillerato y licenciatura en nutrición humana. La escogencia del lugar para realizar la encuesta, ha sido en coordinación con las autoridades gubernamentales de salud en diferentes áreas del país.

Los datos procedentes de estas encuestas fueron analizados independientemente, en su momento, por los estudiantes de los cursos de la Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica y se

elaboraron informes para las autoridades de salud de las diferentes comunidades. Sin embargo no existe hasta este momento, publicaciones que permitan comparar los resultados en las diferentes comunidades. Por el hecho de que, con algunas pequeñas excepciones, se ha utilizado la misma metodología para la recolección de los datos en todas las encuestas, es posible realizar esta comparación. La morbilidad auto-reportada se usa ampliamente como parte de estadísticas sociales (7) y tiene las ventajas de representar la visión de la población sobre su salud y enfermedad y permite obtener datos en muestras representativas de la población y no solamente la población que asiste a los servicios de atención en salud.

MÉTODOS

Este artículo se basa en un análisis de una parte de los datos recolectados por estudiantes de los cursos de Nutrición Comunitaria 1 (NU2011) y del Módulo I (NU2016) de la Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica. Las 26 encuestas presentadas en este artículo fueron llevados a cabo durante un periodo de 17 años desde 1994 hasta 2012 (no se incluye la encuesta de 2007 por ser orientada a la situación de las sodas escolares y en el 2011 no se realizó la encuesta de nutrición como parte de los cursos). En cada una de las comunidades, se trabajó con un mapa del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el cual fue actualizado por parte de los estudiantes durante un recorrido por la comunidad, con el fin de conocer la cantidad de casas habitadas y luego enumerarlas. El número total de casas representaba el tamaño de la población de cada lugar, excepto en el caso de las encuestas en el año 2004, donde fue el total de familias con uno o más niños de edad escolar.

Posteriormente, se seleccionó una muestra probabilística de tipo aleatorio simple. El tamaño de la muestra en cada comunidad se determinó según los recursos disponibles, o sea según el número total de estudiantes en cada año y el tiempo asignado para la recolección de datos de la encuesta durante el curso. El número de casas que debía captar cada pareja de estudiantes varió desde cuatro hasta ocho en las diferentes encuestas reportadas en este artículo. Los estudiantes trabajaron en parejas o en algunos pocos casos, en grupos de tres. Los datos sobre los problemas de salud relacionados con

nutrición fueron obtenidos durante entrevistas con las madres u otro adulto de la familia que se encontraba presente en la casa a la hora de la visita. La familia se definió como todas las personas que viven bajo el mismo techo. Se preguntó sobre la presencia en los miembros de la familia de los siguientes problemas de salud: diabetes (azúcar en sangre), hipertensión arterial (presión alta), sobrepeso o obesidad, bajo peso, colesterol alto, anemia, gastritis, colitis, diarrea frecuente, estreñimiento frecuente, parasitosis y caries dental.

Todos los problemas incluidos en el formulario tienen dentro de sus factores causales, y/o como parte de su tratamiento, la nutrición. En el caso de obtener una respuesta afirmativa de cada problema de salud, se preguntó por el tipo de diagnóstico (autodiagnóstico, exámenes de laboratorio, consulta con profesional en salud, consulta con asistente o técnico en salud, persona empírica) y si la persona seguía algún tipo de control o tratamiento (médico, nutricional, automedicación, medicina natural, acupuntura, homeopatía, medicina casera o ninguno).

Para el análisis de los datos, se calculó la frecuencia del reporte de cada problema por comunidad y se expresaron los resultados como porcentajes de la población total y de cada grupo de edad según comunidad. Los datos de tipo de diagnóstico se clasificaron en adecuado (diagnóstico por medio de la consulta con un profesional en salud) e inadecuado (todas las demás respuestas) según problema y comunidad. En el caso de la información sobre uso de control o tratamiento, se clasificaron en adecuado control o tratamiento médico para hipertensión arterial, gastritis, colesterol alto, caries dental, colitis, diabetes mellitus, anemia, diarrea y parasitosis y en el caso de exceso de peso, bajo peso y estreñimiento se considera como adecuado el control o tratamiento médico o nutricional o inadecuado todas las demás respuestas.

Desde el año 2004 se utiliza un formulario de consentimiento informado que solicita la firma de

la persona que desea participar. Anterior a esta fecha, los estudiantes explican a las posibles participantes el objetivo de la encuesta, las actividades que se realizarán con la persona, cuya participación será voluntaria y que sus datos serán manejados de manera anónima.

RESULTADOS

Como se puede observar en el Cuadro 1, la mayoría de las encuestas fueron en la provincia de San José, y dentro de este, el cantón con más encuestas es Curridabat. El Alto de La Trinidad, fue encuestado en dos ocasiones (1996 y 2009) y Tirrases y Curridabat Centro también pero en diferentes sectores en cada año. Las únicas comunidades encuestadas del área rural son Llano Grande de Cartago y San Jerónimo de Moravia (8).

Cuadro 1. Provincia, cantón, distrito y año de las encuestas de nutrición. Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994-2012

Año	Lugar de Encuesta	Provincia	Cantón	Distrito
1994	Llano Grande	Cartago	Cartago	Llano Grande
1995	Santa Rosa	Heredia	Santo Domingo	Santa Rosa
1996	El AltoLa Trinidad	San José	Moravia	La Trinidad
1997	Lomas II Rincón Grande	San José	San José	Pavas
1997	BellavistaRincón Grande	San José	San José	Pavas
1998	Villa Esperanza Rincón Grande	San José	San José	Pavas
1999	Tirrases	San José	Curridabat	Tirrases
2000	Sector Oeste Granadilla Norte	San José	Curridabat	Granadilla
2001	Maria Auxiliadora y Gloria Bejarano	San José	Curridabat	Curridabat Tirrases
2002	San Ramón	Cartago	La Unión	San Ramón
2003	Sector 3 de Tirrases	San José	Curridabat	Tirrases
2003	Sector 2 de San Diego	San José	La Unión	San Diego
2004	Barrio Pinto	San José	Montes de Oca	San Pedro
2004	Concepción	Cartago	La Unión	Concepción
2004	La Lía	San José	Curridabat	Curridabat
2005	Curridabat Centro	San José	Curridabat	Curridabat
2005	Lourdes Norte	San José	Montes de Oca	San Pedro
2005	Villas de Ayarco	Cartago	La Unión	San Juan
2006	Betania	San José	Montes de Oca	Mercedes
2006	Montúfar	Cartago	La Unión	San Juan
2006	Sector 15Curridabat	San José	Curridabat	Curridabat
2008	La Isla	San José	Moravia	San Vicente
2008	Los Sitios	San José	Moravia	La Trinidad
2009	El Alto La Trinidad	San José	Moravia	La Trinidad
2010	San Jerónimo	San José	Moravia	San Jerónimo
2012	Américas 2 Goicoechea 1	San José	Goicoechea	Mata de Plátano

Fuente: Encuestas de Nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994-2012.

El porcentaje de la muestra de individuos en las familias encuestadas que son niños preescolares varía desde 8,2 % en Curridabat Centro hasta

30,3 % en Bellavista de Rincón Grande (Tabla 1). La comunidad de Bellavista de Rincón Grande era en el año 1997 un precario con una presencia importante de familias inmigrantes que probablemente explica la proporción alta de preescolares. En cuanto la proporción de la muestra que son adultos mayores, esto varía desde el 0,9 % en Barrio Pinto hasta el 24,5 % en Curridabat Centro. Las comunidades encuestadas en el año 2004 fueron familias con uno o más niños de edad escolar y probablemente por esto, fueron parte de una población demográficamente más joven. En el caso de Curridabat Centro, se realizaron dos encuestas y los porcentajes de personas mayores de 64 años eran mayores al 20 %. Según el INEC en el Censo de 2011 (<http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>), el distrito de Curridabat tiene el mayor porcentaje de personas de 65 años y más (10,5 %) en comparación con los otros 3 distritos del cantón de Curridabat, el cual tiene 8,2 % de población en este rango de edad. Probablemente, las encuestas reportan un mayor porcentaje de adultos mayores debido a que tienen más probabilidad de encontrar a personas de esta edad en las casas durante el día.

La tabla 1, presenta los porcentajes de familias y de individuos que reportan uno o más de los 12 problemas de salud relacionados con nutrición. A partir de 1997, año en el cual se empezó a preguntar por los 12 problemas de salud relacionados con nutrición, de las 18 comunidades con los datos disponibles, en 14 de ellas, más de 90 % de las familias encuestadas reportan uno o más personas miembros de ellas con uno o más de los problemas. Y en todas las comunidades encuestadas a partir del año 2006 hasta el año 2012, más de 90% de las familias reportan tener en uno o más de sus miembros, por lo menos uno de los problemas de salud. En el caso de los individuos que reportan uno o

más de los 12 problemas de salud relacionados con nutrición, a partir de 1997 hasta 2012, el porcentaje varía desde 31,6 % en María Auxiliadora y Gloria Bejarano en el año 2001, hasta 74 % en Villa Esperanza de Rincón Grande de Pavas, comunidad encuestada en 1998. A partir de 1997, de las 22 comunidades con datos disponibles, en 16 más del 50 % de las personas pertenecientes a las familias encuestadas, reportan uno o más de los 12 problemas de salud.

Tabla 1. Caracterización de las muestras y prevalencia de problemas de salud relacionados con nutrición en familias e individuos según encuesta. Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994-2012.

Año	Lugar	Nº Familias	% Preescolares	% Adultos mayores	Más de un PSRN	
					% Familias	% Personas
1994	Llano Grande ¹	78	ND	ND	64,1	32,6
1995	Santa Rosa ²	65	10,4	10,4	76,9	33,8
1996	El Alto La Trinidad ³	61	20,8	5,6	ND	33,0
1997	Bellavista Rincón Grande	64	30,3	4,4	78,1	37,0
1997	Lomas II Rincón Grande	59	21,6	5,4	ND	ND
1998	Villa Esperanza Rincón Grande	79	13,7	6,0	ND	74,0
1999	Tirrases	71	17,5	3,9	90,1	44,1
2000	Sector oeste Granadilla norte	101	17,9	5,2	84,2	46,2
2001	M ^a Auxiliadora Gloria Bejarano	50	11,3	10,4	50,0	31,6
2002	San Ramón	54	14,8	3,9	90,7	50,4
2003	Sector 2 San Diego	47	13,1	7,4	97,9	53,2
2003	Sector3 Tirrases	49	14,4	10,1	98,0	60,5
2004	Barrio Pinto	24	13,4	0,9	91,7	51,8
2004	Concepción	27	14,0	2,8	ND	55,9
2004	La Lía	26	12,3	1,6	ND	68,0
2005	Curridabat Centro	35	8,2	24,5	57,1	60,2
2005	Lourdes Norte	23	9,6	17,8	95,6	58,9
2005	Villas Ayarco	27	11,0	3,7	77,8	46,8
2006	Betania	30	11,4	13,3	93,3	51,4
2006	Montúfar	31	8,8	15,0	90,3	54,9
2006	Sector15 Curridabat	36	8,7	21,4	94,4	72,8
2008	La Isla	49	14,4	6,5	93,9	54,6
2008	Los Sitios	49	14,1	5,3	95,9	50,0
2009	El Alto La Trinidad	75	13,9	7,1	92,0	56,3
2010	San Jerónimo	111	11,2	8,8	91,0	50,9
2012	Américas2 Goicoechea 1	61	8,3	9,2	95,1	55,0

1 Encuesta tres problemas de salud en adultos; 2 Encuesta siete problemas de salud; 3 Encuesta 10 problemas de salud; ND: dato no disponible

Fuente: Encuestas de Nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994-2012.

Los problemas de salud relacionados con nutrición y reportados (Tabla 2) con más frecuencia en general fueron exceso de peso, gastritis y caries dental; estos problemas quedaron en primero o segundo lugar de prevalencia en 13 de las comunidades. La hipertensión arterial está en primero o segundo lugar de prevalencia en ocho de las comunidades, colitis en primero o segundo lugar de prevalencia en cuatro de las comunidades y anemia y hipercolesterolemia en primero o segundo lugar de prevalencia en una comunidad cada uno. Los problemas de salud reportados por más de 10 % de la población

encuestada en la mayoría de las comunidades fueron: gastritis (en 23 comunidades), caries dental (en 21 comunidades), exceso de peso (en 18 comunidades) y hipertensión arterial (en 13 comunidades). Los problemas de colitis, estreñimiento frecuente, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, anemia y parasitosis fueron reportados en más del 10 % de la población en menos de la mitad de las comunidades encuestadas. En el caso de diarrea frecuente y bajo peso, en ninguna comunidad fueron reportados en más del 10 % de la población.

Tabla 2. Porcentaje de individuos encuestados que reportan diferentes problemas de salud relacionados con nutrición según comunidad encuestada. Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994 – 2012

Año	Lugar	Peso ¹	HTA	GTRS	HCL	CD	ESTR	Colitis	DM	Bajo peso	Anemia	DRR	PRTS
1994	Llano Grande	ND	10,4	16,5	ND	ND	ND	ND	2,4	ND	ND	ND	ND
1995	Santa Rosa	11,7	8,5	ND	6,0	ND	ND	ND	4,1	6,1	21,2	9,1	ND
1996	El Alto de La Trinidad	15,3	6,9	7,6	3,5	ND	6,2	7,3	2,8	3,5	1,4	1,0	ND
1997	Lomas II de Rincón Grande	4,0	4,7	13,0	1,8	15,1	5,0	4,0	1,4	2,9	3,6	0,4	1,8
1997	Bellavista de Rincón Grande	1,5	6,3	12,6	0,4	18,4	2,6	3,3	1,5	6,3	10,3	8,5	11,4
1998	Villa Esperanza Rincón Grande	9,5	6,6	11,8	3,4	10,8	5,8	6,3	2,9	6,0	6,8	1,6	2,4
1999	Tirrasas	4,2	4,2	10,9	1,2	17,8	5,7	4,8	2,4	3,0	7,8	0,9	1,5
2000	Sector oeste Granadilla norte	7,6	5,8	13,4	3,6	17,3	4,9	6,0	0,9	4,3	3,8	0,9	1,1
2001	Ma.Auxiliadora, Gloria Bejarano	15,1	8,5	17,0	4,2	20,8	9,0	7,1	3,8	4,7	4,7	0,9	7,1
2002	San Ramón	16,1	8,3	13,9	7,0	12,6	7,0	10,0	1,7	3,0	2,2	3,0	3,9
2003	Sector 3 de Tirrasas	16,5	10,1	13,3	8,5	16,0	6,9	10,6	2,7	3,7	5,3	1,1	1,1
2003	Sector 2 de San Diego	14,4	10,3	11,8	5,6	23,1	11,8	6,2	4,6	8,7	2,6	1,5	1,0
2004	Barrio Pinto	9,8	5,4	10,7	5,4	17,9	8,0	10,7	0,9	3,6	3,6	0,9	0,9
2004	Concepción	11,9	9,8	12,6	4,2	14,7	12,6	15,4	2,8	2,8	2,8	8,4	0,7
2004	La Lía	30,3	8,2	13,9	4,1	26,2	9,0	4,9	2,5	5,7	2,5	1,6	1,6
2005	Curridabat Centro	22,4	22,4	16,3	13,3	11,2	13,3	19,4	12,2	3,1	1,0	1,0	2,0
2005	Lourdes Norte	15,1	20,6	12,3	16,4	15,1	11,0	9,6	12,3	2,7	4,1	0,0	1,4
2005	Villas de Ayarco	7,3	5,5	11,9	0,9	10,1	2,8	4,6	0,9	1,8	6,4	0,9	0,9
2006	Betania	13,3	14,3	16,2	11,4	16,2	1,9	8,6	1,9	3,8	0,0	1,0	0,0
2006	Montúfar	20,4	10,6	9,7	7,1	4,4	6,2	1,8	6,2	1,8	0,0	1,8	0,9
2006	Sector 15 Curridabat Centro	32,0	21,4	14,6	14,6	7,8	14,6	10,7	4,8	4,8	5,8	3,9	0,0
2008	La Isla	17,6	14,4	14,4	7,4	13,4	7,4	15,7	4,2	3,2	1,4	0,9	2,8

Continúa en la página 139

Viene de la página 138

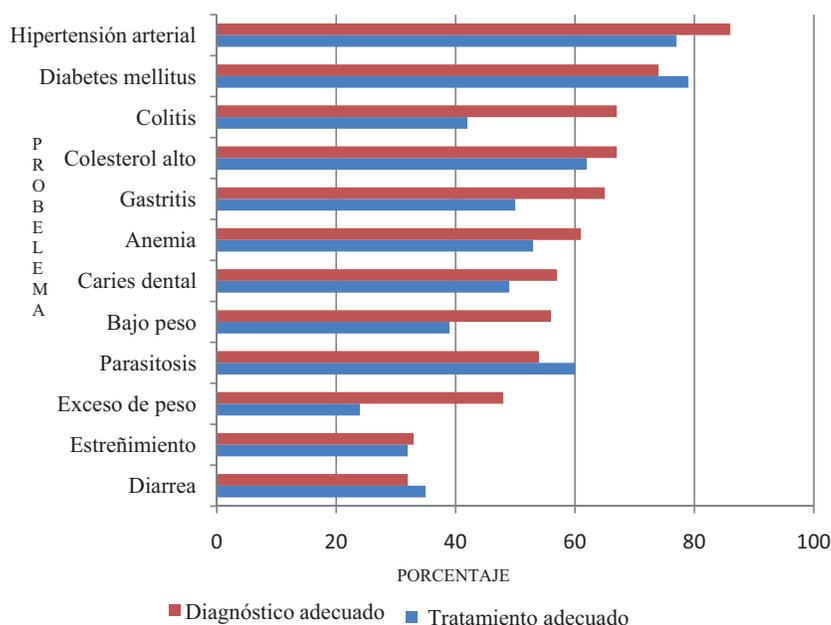
2008	Los Sitios	14,6	16,5	16,0	7,3	12,1	12,6	10,2	4,4	1,5	1,5	1,0	0,5
2009	El Alto de La Trinidad	21,0	15,1	17,6	10,1	12,2	10,1	10,1	7,7	3,4	0,8	2,1	0,4
2010	San Jerónimo	15,6	15,4	12,2	11,2	13,9	10,0	11,2	4,2	2,7	1,7	1,5	0,5
2012	Américas 2 Goicoechea 1	22,5	17,9	16,2	12,1	11,2	11,2	10,8	5,0	4,6	2,9	2,0	1,2

1 Sobrepeso/obesidad; GTRS Gastritis; HCL Hipercolesterolemia; CD Caries Dental; ESTR Estreñimiento; DRR Diarrea; PRYS Parasitosis; ND no disponible.

Fuente: Encuestas de Nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994-2012

El Gráfico 1, presenta el porcentaje de personas que reportan tener un diagnóstico y control o tratamiento adecuado según tipo de problema de salud relacionado con nutrición. Se puede observar en este Gráfico, que hay cierto grado de asociación entre el diagnóstico adecuado y el control o tratamiento adecuado. O sea, en el caso de los problemas de salud con un alto porcentaje con diagnóstico adecuado, también el porcentaje que reportan un tratamiento adecuado es alto y viceversa. Los problemas de salud relacionados con nutrición con el mayor porcentaje de la población que reportan diagnósticos y controles adecuados son hipertensión arterial y diabetes mellitus, siendo en ambos casos diagnósticos adecuados en más del 70 % y más del 75 % con control o tratamiento adecuado. La mayoría de la población que reportó uno de los siguientes problemas de salud relacionados con nutrición, indicaron no seguir un control o tratamiento adecuado: exceso de peso, estreñimiento, diarrea frecuente, bajo peso, colitis y caries dental.

Gráfico 1. Diagnóstico¹ y tratamiento² adecuados según tipo de problema de salud Escuela de nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994-2012



1 Diagnóstico adecuado: por profesional en salud. 2 Tratamiento adecuado: control o tratamiento médico para hipertensión arterial, gastritis, colesterol alto, caries dental, colitis, diabetes mellitus, anemia, diarrea y parasitosis.

En el caso de exceso de peso, bajo peso y estreñimiento se considera como adecuado el control o tratamiento médico o nutricional.

Fuente: Encuestas de Nutrición, Universidad de Costa Rica, 1994-2012.

Finalmente, se analizó el reporte de los diferentes problemas de salud relacionados con nutrición en los diferentes grupos de edad (datos no presentados), lo cual fue posible para 20 de las comunidades para las cuales era disponible toda la información. Los únicos problemas de salud que se reportan en todos los grupos de edad en la mitad o más de las comunidades son caries dental y exceso de peso. El bajo peso y estreñimiento son problemas de salud más importantes en los niños preescolares, adolescente y adultos. La hipertensión arterial y hipercolesterolemia se reportan a partir de la edad escolar, y diabetes

mellitus se reporta a partir de la adolescencia. Gastritis y colitis se presentan en la mayoría de las comunidades a partir de la adolescencia y se reportan en la totalidad de las comunidades en los adultos. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia son reportados en la gran mayoría de las comunidades en la edad adulta y adulta mayor.

DISCUSIÓN

Las limitaciones de las encuestas de morbilidad auto reportadas han sido estudiadas por Ferraro y Ya-ping (9) quienes comentan que el auto reporte de enfermedades puede ser sesgado por diferencias en los conocimientos que tengan las personas sobre la enfermedad, el uso que tienen de los servicios de salud y la calidad de la comunicación con el personal de salud. Sen (7) comenta que el auto reporte de enfermedades depende de su experiencia social, y específicamente de las condiciones de salud y servicios de atención en salud en su ambiente social. Esta situación puede causar problemas cuando se utiliza morbilidad auto reportada para definir estrategias en salud pública. En el caso de Costa Rica, la cobertura de la población en los servicios de salud proporcionados por el gobierno es alta, con 85,5 % de la población cubierto por el seguro social de la CCSS, según el Censo del 2011 (<http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>) y es probable que esta situación favorezca el nivel de conocimientos en la población sobre su situación de salud y morbilidad.

El error en la morbilidad auto reportada ha sido sujeto de estudio por investigadores y hay varios estudios que han encontrado que en general, subestima la prevalencia real de la enfermedad y que el grado de sub reporte se relaciona con la severidad o la importancia de la enfermedad (10-13). En el caso específico de las enfermedades crónicas, varios estudios encuentran un buen nivel de concordancia entre lo reportado y lo diagnosticado.

Okura et al (11) estudiaron la presencia de diabetes mellitus y hipertensión arterial según lo reportado por las personas y según el diagnóstico médico incluido en expedientes. El grado de acuerdo entre las dos fuentes de información

era sustancial (kappa de 0,71 a 0,8) para ambas condiciones y los autores concluyen que la morbilidad reportada es más confiable en el caso de desordenes crónicos que requieren un control constante como es el caso de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Robinson, Young, Roos y Gelskey (14) compararon el auto reporte de la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y hipercolesterolemia con datos obtenidos de seguros de salud. Los valores de kappa eran buenos para diabetes mellitus (0,72) e hipertensión arterial (0,59) y alrededor de 0,4 para hipercolesterolemia.

Mackenbach, Looman y van der Meer (10) estudiaron diferencias en morbilidad reportada y diagnóstico médico por nivel educativo para diabetes mellitus y otros problemas de salud. Los resultados para personas con diabetes mellitus demostraron muy pocos casos de falso negativos y falso positivos, donde 92 % de las personas que reportaron tener diabetes mellitus fueron diagnosticados por su médico, y solamente 1,3 % de las personas que no reportaron tener la enfermedad, fueron diagnosticados con la condición por su médico. No se encontraron diferencias en las estimaciones según nivel educativo.

Es importante mencionar algunas limitaciones de los datos reportados en este artículo. En primer lugar, hay que tomar en cuenta que las comunidades encuestadas no representan la totalidad de la población en Costa Rica, sino son comunidades cubiertas por los programas gubernamentales de atención en salud, y que en muchos casos, son comunidades con más problemas desde el punto de vista de las autoridades locales de salud. También, existe mucha variación entre las diferentes comunidades encuestadas, desde comunidades en situación de precario hasta comunidades que tienen mucho tiempo de existir y que cuentan con todos los servicios públicos. Y por el hecho de que las primeras visitas para captar a las familias en las encuestas fueron durante el día entre semana, implica que los datos no representan a las familias en las cuales todos sus miembros se encuentran fuera de las casas durante el día.

Este estudio encontró una mayor prevalencia

reportada de los siguientes problemas de salud relacionados con nutrición: exceso de peso, gastritis, caries dental e hipertensión arterial. A continuación, se describen estudios que demuestran por medio de diagnósticos por profesionales en salud, que la prevalencia de estos problemas en la población costarricense es alta. En el caso del problema del exceso de peso, este problema ha sido reportado a nivel nacional desde la encuesta de nutrición realizada en el año 1975. En la Encuesta Nacional de Nutrición en el año 1996 y publicado por el Ministerio de Salud, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), en la población adulta es mayor al 50 % en ambos sexos, mientras que el reporte de este problema en adultos en las encuestas fue menor al 30 % en 20 de las 22 comunidades con datos disponibles (información no presentada en este artículo). Aunque estudios han demostrado en general una sub-estimación de la enfermedad auto reportada en comparación con la diagnosticada por profesionales en salud, no se conoce la razón para esta diferencia tan grande en el caso del exceso de peso.

La salud oral es otro aspecto evaluado en las encuestas nacionales de nutrición. En la encuesta realizada en el año 1996 por el Ministerio de Salud, se reporta una prevalencia de caries dental en el grupo de preescolares, de 61% y en escolares de 77,4 %. La encuesta nacional de nutrición del 2008/9, también del Ministerio de Salud, se reporta en el grupo de edad de 1 a 12 años, una prevalencia del 62% con caries (dientes obturadas, cariadas o perdidas). El presente artículo encontró una prevalencia reportada de caries dental en todos los miembros de las familias de las encuestadas que varió desde 4,4% en Montúfar hasta 26,2 % en La Lía, ambas comunidades de Curridabat. Hay dos estudios recientes que reportan la prevalencia de hipertensión arterial en adultos en Costa Rica. La Organización Panamericana de Salud realizó un estudio en el año 2010 en 1427 personas mayores de 19 años residentes del área urbano de San José donde encontraron que 15,3 % de las personas encuestadas reportaron haber sido diagnosticados antes del estudio con hipertensión arterial (6). Y en el año 2011, la CCSS realizó un estudio en personas mayores de 20 años,

residentes en Costa Rica en el año 2010. El estudio preguntó por la presencia de hipertensión arterial, y posteriormente, realizó la medición de presión arterial. Los autores encontraron, por diagnóstico de profesionales de salud, una prevalencia de 37,8 % hipertensión arterial y según lo reportado por las personas, una prevalencia de 31,5 %. En las comunidades descritas en este artículo, la prevalencia reportada de hipertensión arterial en los miembros de las familias encuestadas varió desde 4,2 % en Tirrases hasta 22,4 % en Curridabat Centro.

No se encontraron datos publicados sobre la prevalencia de gastritis en la población costarricense pero sí se ha establecido un mayor riesgo de padecer cáncer gástrico en personas que presentan gastritis crónica atópica (15) y, según datos del IARC (<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>), cáncer gástrico es la primera causa de mortalidad por cáncer en hombres en Costa Rica. Los problemas de salud relacionados con nutrición y reportados con menos frecuencia en las encuestas presentadas aquí, o sea bajo peso, parasitosis y diarrea frecuente, reflejan una menor prevalencia en la población según diagnósticos por profesionales en salud. Por ejemplo, la prevalencia de bajo peso reportado por el Ministerio de Salud en la encuesta nacional de nutrición del 2008/2009 y definido como menor a 2 desviaciones estándar para el indicador peso para la talla, en niños menores de 5 años es 8,3 %. Y la misma encuesta reporta una prevalencia de helmintos intestinales en la población compuesta por preescolares, niños escolares y adultos mayores de 2,5 %. La prevalencia de la enfermedad diarreica en Costa Rica alcanzó un promedio de 3 400 por 100 000 habitantes entre los años 1994 y 2001 (16).

Este trabajo encontró que tres comunidades reportaron casos de hipercolesterolemia y diabetes mellitus en adolescentes y cinco comunidades reportaron la presencia de hipertensión arterial en este grupo de edad. Adicionalmente, los problemas de gastritis y colitis fueron reportados en el grupo de adolescentes en la mayoría de las comunidades. Esta situación es alarmante y refleja prácticas inadecuadas en el estilo de vida que se inician desde edades tempranas. Con relación al

tipo de diagnóstico reportado por las personas, los datos reflejan en parte qué tan fácil o difícil es para las personas, reconocer la presencia de síntomas para poder auto diagnosticarse con ciertos problemas de salud. Por ejemplo, en los casos de hipertensión arterial y diabetes mellitus, más del 70 % de las personas que reportan tener estos problemas de salud, tienen un diagnóstico adecuado. Al contrario, en los casos de exceso de peso, estreñimiento frecuente y diarrea frecuente, condiciones que por sus síntomas, permiten el auto diagnóstico, menos de la mitad de las personas que los reportan, tienen diagnóstico por un profesional en salud. En el caso del uso de un control o tratamiento médico (o nutricional en el caso de exceso de peso, bajo peso y estreñimiento frecuente), la situación es similar a la reportada anteriormente.

En el caso de los siguientes problemas de salud: bajo peso o exceso de peso, caries dental, estreñimiento frecuente y diarrea frecuente, menos de la mitad de las personas que los reportan, acuden a un control o tratamiento médico (o nutricional). Esto probablemente refleja una actitud en la población de que estos problemas no tienen implicaciones tan 'serias' y que pueden optar por otros remedios que no sea lo ofrecido por profesionales en salud. En el caso de la caries dental, podría también reflejar problemas de acceso al tratamiento odontológico para la población. Los problemas de salud que reportan un alto porcentaje de personas con control o tratamiento médico (más del 75 %) son hipertensión arterial y diabetes mellitus. Probablemente las personas que padecen de estos problemas tienen consciencia de su severidad y efectos negativos que pueden representar para su salud y calidad de vida, tenerlos sin un control o tratamiento adecuado.

Este estudio encontró en la mayoría de las comunidades encuestadas, que más de 90 % de las familias y más del 50% de los individuos miembros de las familias reportan padecer uno o más problemas de salud relacionados con nutrición. Dado que de todos los problemas estudiados, la mayoría se pueden prevenir totalmente y en algunos casos, parcialmente, es muy importante el trabajo del personal en los

sectores de salud y educación para la promoción de la salud, y específicamente para lograr estilos de vida saludable en la población desde edades tempranas. Al ser la alimentación un factor clave en la prevención de los problemas, el rol del nutricionista es indispensable en este proceso. Por el alto costo que representa para los servicios de salud tratar las enfermedades crónicas no transmisibles y problemas gastrointestinales se debe priorizar acciones para su prevención en la población.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos/as los/as estudiantes quienes participaron en las encuestas nutricionales como parte de los cursos de la Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica. Sin su participación, este artículo no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. FAO. Conducting small-scale nutrition surveys. A field manual. Roma: FAO: 1990.
2. Frankle RT, Owen AL. Nutrition in the Community. The Art of Delivering Services. USA: Mosby: 1993.
3. INCAP, Oficina de Investigaciones Internacionales de los Institutos Nacionales de Salud EEUU, Ministerio de Salud de Costa Rica. Evaluación Nutricional de la Población de Centro América y Panamá. Guatemala: INCAP: 1969. DHEW Publication No. (HSM) 72-8120.
4. Ministerio de Salud. Encuesta Basal de factores de riesgo para enfermedades no trasmisibles, Cartago 2001. San José: Ministerio de Salud: 2003.
5. Ascencio M, Rodríguez S, Murillo S. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Cartago 2001. Módulo 1: Factores alimentario nutricionales. Costa Rica. Ministerio de Salud: 2003.
6. Organización Panamericana de la Salud Iniciativa Centroamericana de Diabetes. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónica. Washington, OPS: 2010.
7. Sen A. Health: perception versus observation. British Medical Journal 2002; 324:860-861.
8. Rodríguez A, Saborío M. (Eds) Lo rural es diverso: evidencia para el caso de Costa Rica. San José, Costa Rica. IICA: 2008.
9. Ferraro KF, Ya-ping S. Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. American

- Journal of Public Health 2000; 90(1):103-108.
10. Mackenbach JP, Looman CWN, van der Meer JBW. Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: the effect on inequalities in prevalence rates. *American Journal of Public Health* 1996; 86(5):706-711.
 11. Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobson SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 2004; 57(10); 1096-1103.
 12. Schrijvers CTM, Stronks K, van de Mheen DH, Coebergh JW, Mackenbach JP. Validation of cancer prevalence data from a postal survey by comparison with cancer registry records. *American Journal of Epidemiology* 1994; 139(4):408-414.
 13. Datta Gupta N, Jurges H. Do workers underreport morbidity? The accuracy of self-reports of chronic conditions. *Social Science and Medicine* 2012; 75:1589-1594.
 14. Robinson JR, Young TK, Roos LL, Gelskey DE. Estimating the burden of disease: comparing administrative data and self-reports. *Medical Care* 1997; 35(9):932-947.
 15. Sipponen P, Kekki M, Haapakoski J, Ihamaki T, Siurala M. Gastric cancer risk in chronic atrophic gastritis: statistical calculations of cross-sectional data. *International Journal of Cancer* 1985; 35(2):173-177.
 16. Espinoza A. Comportamiento de la enfermedad diarreica en Costa Rica de 1995 y 2001. *Revista Costarricense de Salud Pública* 2004; 13(24):50-58.