

# Costa Rica en el Exterior

Circulation 2003 Apr 1; 107 (12): 1586-1591.

## **Ácido $\alpha$ linolénico en el tejido adiposo en el infarto agudo de miocardio no fatal en Costa Rica.**

Baylin A., Kabagambe EK., Ascherio A., Spiegelman D., Campos H.

**Fundamento:** El ácido  $\alpha$  linolénico puede proteger contra la enfermedad cardiovascular. Nosotros examinamos la asociación entre el ácido  $\alpha$  linolénico tisular y el infarto de miocardio agudo no fatal (IMA) en un estudio de población en Costa Rica de casos y controles.

**Métodos y Resultados:** 482 pacientes con un primer IMA y 482 sujetos de control fueron comparados por edad, sexo, y área de residencia. Los ácidos grasos fueron determinados por cromatografía de gas líquido en muestras de tejido adiposo recogidas de todos los sujetos. Se calcularon los "odds ratio" (OR) y los intervalos de confianza (IC) de modelos de regresión logística multivariada condicional. Los sujetos con valores de ácido  $\alpha$  linolénico de tejido adiposo en los quintiles superiores tuvieron un riesgo menor de IMA que aquellos en los quintiles inferiores: OR (IC 95%); 0.8 (0.52 a 1.24);  $0.53 p < 0.0001$ . Esta asociación se hizo más evidente después de ajustar para factores de riesgo de IMA reconocido, incluyendo fumado, actividad física, ingresos, ácido linolénico de tejido adiposo y ácidos grasos trans (OR para los quintiles superiores vs los inferiores, 0.23; IC 95%, 0.1 a 0.5,  $p < 0.0001$ ). Ajustes ulteriores para la ingesta de grasa saturadas, fibra, alcohol, y vitamina E no cambiaron esta asociación (OR para los superiores vs los quintiles inferiores, 0.23; IC 95% , 0.1 a 0.55,  $p < 0.0001$ ).

**Conclusión:** La asociación inversa observada entre el ácido  $\alpha$  linolénico y el IMA no fatal sugiere que el consumo de aceites vegetales ricos en ácido  $\alpha$  linolénico confiere una protección importante contra la enfermedad cardiovascular.

Arch Surg 2002, 137: 1435-1440.

## **Cirugía en Costa Rica.**

Feoli E., Badilla V., Bermúdez M., Méndez E., Badilla X.

Este artículo describe como se desarrollo la cirugía en Costa Rica y como llego a su estado actual. La practica quirúrgica en Costa Rica se desarrollo lentamente como un servicio de caridad. En las ultimas tres décadas se hizo accesible al 87.6% de la población a través de la creación de un sistema nacional de salud. El objetivo de la publicación es brindar al lector el como se origino y maduro la practica quirúrgica en Costa Rica, vista en el contexto más amplio de la práctica médica en las pobres colonias que se están desarrollando rápidamente en el nuevo mundo. También se discuten los sentimientos sociales y políticos del país que se cree que han ayudado a que se llegue al estado quirúrgico actual.

Public Health Nutr 2002; 5(6A):835-41

## **Comparación de la ingesta de micro y macronutrientes en la poblaciones rural, suburbana y urbana de Costa Rica**

Kabagambe EK, Baylin A, Siles X, Campos H

**Objetivo:** coparar, junto con estilos de vida, la potencial aterogenicidad de las dietas de áreas rurales y urbanas en Costa Rica.

**Diseño:** los sujetos fueron escogidos al azar de la población general de Costa Rica. Un cuestionario, validado, de frecuencia de comida que investigaba sobre la ingesta dietética el año previo fue llenada para cada sujeto. A cada paciente suministró plasma y una biopsia de tejido adiposo, los cuales fueron usados como marcadores biológicos para ingesta de carotenoides, tocoferol y ácidos grasos. Cada sujeto contestó otro cuestionario sobre el perfil personal y las características de la vivienda.

**Ubicación:** una distista visitó a todos los sujetos y realizó las entrevistas en sus casas.

Sujetos: mujeres y hombres adultos viviendo libremente en el área rural, suburbana y urbana de Costa Rica, sin historia de discapacidad mental o física.

**Resultados:** los sujetos de áreas rurales eran significativamente más activos físicamente, tenían menores ingresos y tenían una mayor ingesta de fibra en la dieta que sus homólogos de áreas urbanas. Los residentes de áreas urbanas reportaron un consumo significativamente mayor de grasa total, especialmente grasa no saturado, sobre todo por el consumo de aceite de soya; y tenían un nivel plasmático y una concentración en tejido graso superior de tocoferol y licopene. Interesantemente, no se observaron diferencias en el índice de masa corporal.

**Conclusiones:** estos datos muestran diferencias en los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en las poblaciones de área rural y urbana de Costa Rica. En áreas rurales, los principales factores de riesgo para enfermedad coronaria prevalentes son en bajo nivel socio-económico y la baja ingesta de ácidos grasos insaturados; mientras que en las áreas urbanas fueron la baja actividad física, altos niveles de ácidos grasos trans en la dieta y el tejido adiposo y un bajo consumo de fibra en la dieta.