



PROGRAMA CONJUNTO FAO/OMS SOBRE NORMAS ALIMENTARIAS COMITÉ DEL CODEX SOBRE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS PARA REGÍMENES ESPECIALES

40.^a reunión

Berlín (Alemania)

26-30 de noviembre de 2018

Anteproyecto de VRN-ENT para los ácidos grasos omega 3 de cadena larga: ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA)

(Preparado por el Grupo de trabajo por medios electrónicos dirigido por Chile y la Federación de Rusia)

Los miembros del Codex y los observadores que deseen remitir observaciones acerca de las recomendaciones 1 a 4 deberán hacerlo conforme a las instrucciones de la circular CL 2018/66-NFSDU, que puede consultarse en la sección sobre circulares de 2018 de la página web del Codex: <http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/circular-letters/es/>

1. ANTECEDENTES

El nuevo trabajo sobre valores de referencia de nutrientes – enfermedades no transmisibles (VRN-ENT) para los ácidos grasos omega 3 (EPA y DHA) se acordó en la 36.^a reunión del CCNFSDU y se aprobó en el 38.^o período de sesiones de la CAC, celebrado en 2015. Para llevar a cabo dicha tarea, se encargó lo siguiente a un Grupo de trabajo por medios electrónicos (GTE) codirigido por la República de Chile y la Federación de Rusia:

- Evaluar la evidencia científica más reciente siguiendo la línea del Anexo *Principios generales para el establecimiento de valores de referencia de nutrientes para la población general* de las *Directrices sobre etiquetado nutricional* (CXG 2-1985) (en adelante, los *Principios generales*) [1]
- Realizar recomendaciones para establecer un posible VRN-ENT del Codex para el contenido total de los ácidos grasos omega 3 DHA y EPA

En la 37.^a reunión del CCNFSDU, la dirección presentó la propuesta del GTE, que sugería establecer un VRN-ENT de 250 mg/día para la ingesta combinada de EPA y DHA, al asociarse a la reducción del riesgo de episodios de cardiopatía isquémica mortales¹, tomando como base la información y los datos de tres informes de consulta elaborados por la OMS o por la FAO/OMS, tres opiniones de organismos científicos competentes reconocidos (OCCR) y un resumen de los metaanálisis y las revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados publicados desde 2012 preparado por la dirección.

El Comité examinó las recomendaciones presentadas en el documento CX/NFSDU 15/37/7 e hizo constar que existían opiniones dispares sobre la propuesta.

Vista la diferencia de opiniones, el Comité volvió a establecer el GTE para que siguiera trabajando en la determinación del VRN-ENT para los ácidos grasos omega 3 de cadena larga EPA y DHA de acuerdo con los *Principios generales*, teniendo en cuenta también el trabajo del NUGAG², tal como se procedió al establecer los VRN-ENT para el sodio y el potasio [2].

En su 38.^a reunión, de 2016, el CCNFSDU examinó la necesidad de recabar más asesoramiento científico a través de las JEMNU³ o del NUGAG y se indicó que el NUGAG ya estaba preparando una revisión sobre la asociación entre los AGPI y la salud humana. Se decidió, por tanto, que el Comité siguiera trabajando sobre el VRN una vez que se hubiera publicado el informe del NUGAG.

Una vez celebrada la 11.^a reunión del NUGAG en 2017, se remitieron al GTE dos versiones resumidas de los informes del NUGAG sobre los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) y la dirección inició el debate sobre los documentos en el GTE y recabó las opiniones de los miembros.

¹ El GTE decidió que existía una cantidad suficiente de datos científicos disponibles para seleccionar la mortalidad por cardiopatía isquémica o los episodios de cardiopatía isquémica mortales como criterios de valoración relativos a la salud para el VRN-ENT objeto de debate.

² Grupo asesor de expertos sobre directrices de nutrición de la OMS.

³ JEMNU: reuniones conjuntas de expertos FAO/OMS sobre nutrición.

No se alcanzó ningún consenso durante la 39.^a reunión del CCNFSDU, puesto que las delegaciones mantuvieron los siguientes puntos de vista:

- Las revisiones sistemáticas realizadas por el NUGAG y destinadas a la elaboración de unas directrices sobre los AGPI eran muy exhaustivas pero se habían presentado tarde al GTE, por lo que se precisaba de más tiempo para examinarlas.
- Debían ser los evaluadores de riesgos quienes examinasen las revisiones sistemáticas del NUGAG en lugar de los delegados del CCNFSDU, que, en su mayoría, eran gestores de riesgos.

Por consiguiente, se acordó que el GTE restablecido sobre el VRN-ENT para el EPA y el DHA tendría los siguientes mandatos [3]:

1. Finalizar la evaluación de la evidencia científica más reciente presentada en las revisiones sistemáticas del NUGAG teniendo en cuenta cualquier información adicional de la FAO/OMS
2. Aclarar, en el marco de la Sección 3.1 de los *Principios generales*, si, al establecer VRN-ENT, podían tenerse en cuenta las opiniones de los OCCR que no fijaron unos valores de ingesta de nutrientes
3. Debatir el primer punto de la Sección 3.2.2 de los *Principios generales* y aclarar qué nivel de calidad de la evidencia según la clasificación GRADE se consideraría «evidencia científica convincente/generalmente reconocida y pertinente»
4. Debatir si la definición de la evidencia convincente incluida en el informe *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas* de la consulta mixta de expertos FAO/OMS de 2002 [6] resultaba aplicable al establecimiento de un VRN-ENT
5. Formular propuestas para la 40.^a reunión del CCNFSDU

2. CONSULTA A LA FAO/OMS

Siguiendo el último mandato del GTE, la dirección se dirigió a la FAO y la OMS para recabar asesoramiento adicional acerca de los siguientes puntos:

- El modo en que las conclusiones de los proyectos de revisión del NUGAG pueden guardar relación con las recomendaciones de ingesta de EPA y DHA de 250 mg/día indicadas en el *Informe de la consulta mixta de expertos FAO/OMS sobre los riesgos y los beneficios del consumo de pescado* [4] y la consulta de expertos FAO sobre *Grasas y ácidos grasos en nutrición humana* [8]
- La relevancia para la salud pública de las conclusiones de la revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorizados emprendida por el NUGAG, que sugería que los ácidos grasos de cadena larga omega 3 reducían los triglicéridos séricos, uno de los biomarcadores de las cardiopatías isquémicas
- Todo asesoramiento adicional que la FAO y la OMS pudieran proporcionar al Comité en relación con el establecimiento del VRN-ENT para el EPA y el DHA

El contenido completo de las cartas remitidas a la FAO y la OMS puede consultarse en el Anexo 1.

En octubre de 2018, no se había recibido respuesta por parte de ninguna de estas organizaciones.

3. DEBATES MANTENIDOS EN 2018

El cuestionario distribuido entre los miembros del GTE a comienzos de 2018 (Anexo 2) sirvió de punto de partida de los debates que tuvieron lugar en el GTE acerca de los temas incluidos en el mandato de 2018.⁴ Las siguientes secciones ofrecen un resumen de las opiniones y observaciones presentadas por 14 miembros del GTE.

3.1. Revisiones sistemáticas y metaanálisis del NUGAG acerca de los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI)

Se encargó al GTE que concluyera los debates sobre las dos revisiones sistemáticas emprendidas por el NUGAG en 2017:

- Conjunto de revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados sobre los efectos de los ácidos grasos poliinsaturados omega 3 sobre la salud de los adultos

⁴ En 2018, participaron en el GTE 27 Estados miembros del Codex y 12 observadores: Argentina, Australia, Austria, Brasil, Canadá, China, Colombia, Estados Unidos de América, Francia, India, Irán, Irlanda, Japón, México, Noruega, Nueva Zelandia, Perú, Singapur, Sudán, Reino Unido, República de Corea, Tailandia, Tanzania, Unión Europea, Uruguay, American Oil Chemists' Society, Consejo para una Nutrición Responsable (CRN), Early Nutrition Academy de la ESPGHAN, FAO, Federación Europea de Aditivos Alimentarios, FoodDrinkEurope, Food Industry Asia (FIA), GOED, IADSA, ICGMA, IFFO, Institute of Food Technologists, ISDI y OMS.

- Revisión sistemática y metaanálisis de estudios de cohortes prospectivos sobre los efectos de la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados y el riesgo de mortalidad por cualquier causa, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de mama, la salud mental y la diabetes de tipo 2

Se debe señalar que la revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados se publicó en 2018 en la Biblioteca Cochrane [5].

Los miembros del GTE opinaron que la evidencia analizada en las revisiones sistemáticas del NUGAG acerca de la relación entre los ácidos EPA y DHA y la mortalidad por cardiopatía isquémica no se podía considerar una evidencia científica convincente/generalmente reconocida y pertinente ni una evidencia de un nivel comparable según la clasificación GRADE, tal como se exige para establecer un VRN-ENT. Aunque la revisión de ensayos controlados aleatorizados no arrojó ninguna evidencia convincente de la existencia de la relación, la evidencia presentada en la revisión de los estudios de cohortes prospectivos (reducción del riesgo de muerte por cardiopatía isquémica del 19 %) fue calificada de BAJA a MODERADA de acuerdo con la clasificación GRADE, una valoración que la mayor parte de los miembros del GTE no consideró convincente.

Un Estado miembro del Codex también comentó que los estudios prospectivos tan solo revelaban asociaciones, por lo que no podían ofrecer ninguna evidencia causal del efecto de los AGPI sobre la reducción del riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica o de episodios de cardiopatía isquémica mortal.

A su vez, el GTE no logró alcanzar ningún consenso acerca de si la evidencia sobre los beneficios cardiovasculares del EPA y el DHA para la población general, recabada y revisada por el GTE desde su formación en 2015, resultaba suficiente para cumplir los requisitos establecidos en el primer punto de la Sección 3.2.2 de los *Principios generales*.

Definición de mortalidad por cardiopatía isquémica

Dos Estados miembros del Codex y dos observadores comentaron que la definición de mortalidad por cardiopatía isquémica que manejaba el NUGAG en sus revisiones sistemáticas no se correspondía con las definiciones generalmente reconocidas de mortalidad por cardiopatía isquémica empleadas por los OCCR. Además, entraba en conflicto con la definición utilizada anteriormente en publicaciones científicas pertinentes y revisadas por pares al estudiar la asociación entre los ácidos EPA y DHA y la mortalidad por cardiopatía isquémica. Se adujo que la definición de mortalidad por cardiopatía isquémica no debía priorizar ningún elemento de la muerte por cardiopatía isquémica sobre otro, como había hecho el NUGAG en su evaluación de los datos extraídos de los ensayos controlados aleatorizados, sino que debía sumar todas las muertes pertinentes y afines al objeto de determinar el resultado colectivo de la mortalidad por cardiopatía isquémica.

Por ello, se recomendó solicitar al NUGAG que aclarase la definición de muerte por cardiopatía isquémica y de muerte de origen cardíaco que había utilizado en la revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorizados. Un Estado miembro del Codex señaló que no quedaba claro si en las muertes de origen cardíaco se incluían las muertes súbitas del mismo origen. Además, la revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados del NUGAG no aportaba ninguna explicación sobre el modo en que se habían elegido los datos relativos a los criterios de valoración en los estudios pertinentes.

3.2. Opiniones de organismos científicos competentes reconocidos (OCCR) que no habían establecido valores de ingesta recomendada

El segundo objetivo del GTE de 2018 era aclarar si, al establecer VRN, podían tenerse en cuenta las opiniones de los OCCR que no hubieran fijado ingestas recomendadas.

En 2016 ([CX/NFSDU 16/38/8](#)), los miembros del GTE acordaron que las opiniones de los 10 OCCR sobre la ingesta de EPA y DHA debían complementar las consultas de expertos OMS/FAO seleccionadas para respaldar el establecimiento del VRN-ENT. Varios EMC señalaron que, a pesar del contenido del segundo párrafo de la Sección 3.1 de los *Principios generales*, que estipula lo siguiente:

«También se podrían tener en cuenta valores de referencia de la ingesta diaria pertinentes que reflejen evaluaciones independientes y recientes de los datos científicos y que procedan de organismos científicos competentes reconocidos distintos de la FAO/OMS»,

el debate sobre el VRN-ENT para el EPA y el DHA no debía limitarse únicamente a los organismos competentes que hubieran establecido valores de referencia de la ingesta. Asimismo, se señaló que los OCCR que no habían hallado suficiente evidencia para establecer una ingesta diaria recomendada para el EPA y el DHA habían aportado argumentos racionales que no podían obviarse en el debate sobre los VRN-ENT.

Hubo consenso en el GTE en cuanto a que las opiniones de los OCCR que no habían establecido valores de referencia de la ingesta para el EPA y el DHA también debían tenerse en cuenta a efectos del establecimiento del VRN-ENT.

La mayoría de los miembros coincidía en que era necesario modificar el texto de los *Principios generales* como fuera preciso para permitir tener en cuenta la opinión de todos los OCCR, independientemente de que hubieran o no establecido un valor de referencia de la ingesta. Un miembro discrepó con la necesidad de dicho cambio.

Se propuso asimismo que el cambio no se realizara en la Sección 3.1 de los *Principios generales*, puesto que dicha sección era aplicable tanto a los VRN-N como a los VRN-ENT, y se sugirió añadir en su lugar un texto adicional al primer criterio de la Sección 3.2.2 sobre la selección de nutrientes y de la base adecuada para el establecimiento de VRN-ENT.

Varios miembros comentaron que la labor de enmienda de los *Principios generales* no entraba dentro del alcance del trabajo de este GTE y que el Comité debía debatirlo como un nuevo trabajo.

3.3. Evidencia convincente y clasificación GRADE

El primer punto de la Sección 3.2.2 de los *Principios generales* estipula que la selección de nutrientes para el establecimiento de un VRN-ENT requiere lo siguiente:

«La evidencia científica convincente/generalmente reconocida pertinente o el nivel de evidencia comparable según la clasificación GRADE de la relación entre nutriente y riesgo de enfermedad no transmisible [...]».

En su 39.^a reunión, el CCNFSDU hizo constar que, desde la puesta en marcha, en 2010, de cambios en el proceso de elaboración de directrices de la OMS que afectaban a toda la organización, la OMS no había vuelto a utilizar los criterios para la evaluación de la solidez de la evidencia usando los términos «convincente», «probable», «posible» o «insuficiente», aplicados en la consulta mixta de expertos FAO/OMS de 2002 *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas* [6], puesto que ahora se habían sustituido por la clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) [7]. Por tanto, es posible que el uso del término «convincente» como descriptor de la evidencia científica necesaria para respaldar la selección de nutrientes para el establecimiento de un VRN-ENT ya no resulte pertinente.

Al mismo tiempo, se señaló que existía cierta ambigüedad en la referencia a la clasificación GRADE de la Sección 3.2.2, ya que no quedaba claro el nivel de evidencia que según la clasificación GRADE se consideraría aceptable: «muy baja», «baja», «moderada» o «alta».

Los miembros del GTE convinieron en que el CCNFSDU debía continuar usando los términos «convincente», «generalmente reconocido», «probable», «posible» e «insuficiente» definidos en la referencia [6] al establecer un VRN y evaluar la solidez de la evidencia. Todos los miembros a excepción de uno se opusieron firmemente a la propuesta de usar únicamente la clasificación GRADE, ya que esto podría impedir que se tuvieran en cuenta diversas revisiones actuales y futuras de gran calidad preparadas por determinados OCCR.

Los miembros estuvieron de acuerdo en que la redacción actual *«La evidencia científica convincente/generalmente reconocida pertinente o el nivel de evidencia comparable según la clasificación GRADE»* del primer criterio de la Sección 3.2.2 de los *Principios generales* posibilita el uso tanto de la escala convincente-insuficiente como de la clasificación GRADE. Coincidieron además en que ambos sistemas deben usarse cuando resulte pertinente.

Varios miembros del GTE advirtieron sobre la necesidad de un debate más profundo para determinar qué nivel de evidencia de la clasificación GRADE se corresponde con «convincente». No obstante, como ya se señaló, ese debate quedaba fuera del mandato del GTE sobre el VRN-ENT para el EPA y el DHA y debía ser aprobado por separado por el Comité.

Al mismo tiempo, otros miembros alegaron que, al especificar el uso de un nivel de calidad de la evidencia según la clasificación GRADE para establecer el VRN-ENT, en la práctica se elimina la posibilidad de examinar revisiones que no estén basadas en la clasificación GRADE. Esto pondría en peligro la posibilidad de usar cualquiera de los documentos que conforman la evidencia científica disponible.

4. RECOMENDACIONES⁵

4.1. Recomendación 1

Habida cuenta de la falta de consenso sobre la calidad de la evidencia recabada que avale el efecto del EPA y del DHA sobre la mortalidad por cardiopatía isquémica, se recomienda que se posponga el debate sobre el VRN-ENT para el EPA y el DHA hasta que se disponga de nueva evidencia convincente/generalmente reconocida.

Asimismo, se recomienda al Comité que solicite al NUGAG que aclare la definición de muerte por cardiopatía isquémica y de muerte de origen cardíaco que utilizó en la revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorizados.

4.2. Recomendación 2

Que se inicie un nuevo trabajo de revisión de los *Principios generales* que aborde lo siguiente:

- La enmienda de la Sección 3.2.2 para que, al establecer VRN-ENT, se tengan en cuenta las opiniones de los OCCR que decidieron no establecer valores de referencia de la ingesta para los nutrientes revisados.

4.3. Recomendación 3

Que se continúen usando los términos «convincente», «generalmente reconocido», «probable», «posible» e «insuficiente» definidos en la consulta mixta de expertos FAO/OMS [6] con la finalidad de establecer VRN-ENT de acuerdo con los *Principios generales*.

4.4. Recomendación 4

Que se examine si es necesario iniciar un debate sobre los criterios de revisión de la evidencia que entre en la definición de «convincente/generalmente reconocida».

⁵ Se solicita la presentación de observaciones sobre estas recomendaciones con arreglo a la circular CL 2018/66-NFSDU.

ANEXO 1: CARTA DIRIGIDA A LA FAO Y LA OMS SOLICITANDO ASESORAMIENTO PARA ESTABLECER EL VRN-ENT PARA EL EPA Y EL DHA

El Comité del Codex sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales (CCNFSDU) ha emprendido recientemente un proceso para establecer un valor de referencia de nutrientes - enfermedades no transmisibles (VRN-ENT) para dos ácidos grasos poliinsaturados —el EPA y el DHA— de conformidad con las *Directrices sobre etiquetado nutricional* del Codex (CXG 2-1985 1). En 2015, el Grupo de trabajo por medios electrónicos dirigido por la Federación de Rusia y codirigido por la República de Chile formuló una propuesta para establecer un VRN-ENT de 250 mg/día asociado a la mortalidad por cardiopatía isquémica.

Dicha propuesta se basaba principalmente en las recomendaciones de tres consultas de expertos FAO/OMS:

1. *Informe de la CONSULTA MIXTA DE EXPERTOS FAO/OMS SOBRE LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS DEL CONSUMO DE PESCADO*; Roma, 25-29 de enero de 2010; FAO, Informe de pesca y acuicultura n.º 978. 4. Este informe concluye lo siguiente (Sección 3.2, en la página 35): «Hay evidencias **convincentes** de que: el consumo de pescado y el aporte de EPA más DHA reducen el riesgo de muerte por coronariopatías». Además, en la página 33 del informe (nota al pie del cuadro 6 de la Sección 2.6.3), se indica lo siguiente: «Se estimó que el efecto positivo máximo del aporte de EPA + DHA se alcanzaba con 250 mg/día».
2. *Grasas y ácidos grasos en nutrición humana: Consulta de expertos*; Ginebra, 10-14 de noviembre de 2008; FAO, Estudio FAO: Alimentación y nutrición 91. 8. En la página 16 de este informe se establece lo siguiente: «[...] hay evidencia de que los LCPUFA n-3 en su conjunto pueden contribuir a la prevención de CHD y, posiblemente, otras enfermedades degenerativas propias del envejecimiento. Para los varones adultos y las mujeres adultas no embarazadas ni lactantes se recomiendan 0,250 g diarios de EPA más DHA, siendo insuficiente la evidencia para establecer una ingesta mínima de EPA o DHA por separado, debiendo consumirse ambos».
3. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO*; Ginebra, 28 de enero-1 de febrero de 2002; OMS, Serie de informes técnicos 916. 6. En la página 87 del Informe (Sección 5.4.4), se establece que: «Entre las asociaciones convincentes con un menor riesgo de ECV figuran el consumo de frutas (incluidas bayas) y verduras, pescado y aceite de pescado (ácidos eicosapentaenoico [EPA] y docosahexaenoico [DHA])». Las recomendaciones de la página 94 (Sección 5.4.5) recogen que: «Las dietas deben proporcionar una cantidad adecuada de AGPI, lo que significa un 6 %-10 % de la ingesta energética diaria. También debería haber un equilibrio óptimo entre la ingestión de AGPI n-6 y n-3, que deberían representar el 5 %-8 % y el 1 %-2 % de la ingesta energética diaria, respectivamente».

En los debates mantenidos en 2015 y 2016, el Comité no logró alcanzar un acuerdo debido a las notables diferencias de opinión sobre si la evidencia científica disponible era suficiente para respaldar la asociación entre la ingesta de los ácidos EPA y DHA y el riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica.

En su 37.^a reunión, el CCNFSDU examinó la necesidad de recabar más asesoramiento científico a través de las reuniones conjuntas de expertos FAO/OMS sobre nutrición (JEMNU) o del Grupo asesor de expertos sobre directrices de nutrición de la OMS (NUGAG) y se indicó que el NUGAG ya estaba preparando una revisión sobre las asociaciones entre los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) y la salud humana.

Una vez celebrada la 11.^a reunión del NUGAG en julio de 2017, se remitieron al GTE dos proyectos resumidos de revisiones sistemáticas del NUGAG sobre los AGPI a fin de que el GTE los examinara y presentara observaciones. Ninguna de esas dos revisiones ha avalado las recomendaciones de las consultas de expertos FAO/OMS (1-3), puesto que han llegado a conclusiones muy distintas. En concreto, no se ha hallado asociación alguna entre los ácidos EPA y DHA y la mortalidad por cardiopatía isquémica.

En la 39.^a reunión del CCNFSDU, se nos encomendó solicitar a la FAO y la OMS asesoramiento adicional acerca de las siguientes cuestiones:

- El modo en que las conclusiones de los proyectos de revisión del NUGAG pueden guardar relación con las recomendaciones de ingesta de EPA y DHA de 250 mg/día indicadas en el *Informe de la consulta mixta de expertos FAO/OMS sobre los riesgos y los beneficios del consumo de pescado* [4] y con la consulta de expertos FAO *Grasas y ácidos grasos en nutrición humana* [8].
- La relevancia para la salud pública de las conclusiones de la revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorizados emprendida por el NUGAG, que sugería que los ácidos grasos de cadena larga omega 3 reducían los triglicéridos séricos, uno de los biomarcadores de las cardiopatías isquémicas. Apreciaríamos profundamente que nos brindaran su opinión sobre este asunto.

-
- Todo asesoramiento adicional que la FAO y la OMS pudieran proporcionar al Comité en relación con el establecimiento del VRN-ENT para el EPA y el DHA

ANEXO 2: PREGUNTAS PARA EL DEBATE DE 2018

ROGAMOS RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y REALICE OBSERVACIONES CUANDO PROCEDA.

- 1.1 P1: ¿Está de acuerdo con que las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohortes prospectivos llevadas a cabo por el NUGAG presenten evidencia científica convincente/generalmente reconocida y pertinente de la relación entre los ácidos EPA y DHA y la mortalidad por cardiopatía isquémica, tal como se exige en el primer punto de la Sección 3.2.2 del anexo al documento CAC/GL 2-1985?
- 1.2 P2: ¿Está de acuerdo con que, a efectos de establecer el VRN-ENT para el EPA y el DHA, también se deban tener en cuenta las opiniones de OCCR que no hayan establecido valores de referencia de la ingesta para el EPA y el DHA?
- 1.3 P3: ¿Está de acuerdo con que quizá sea necesario modificar el texto del segundo párrafo de la Sección 3.1 del Anexo al documento CAC/GL 2-1985 para tener en cuenta las opiniones de los OCCR que no hayan establecido valores de referencia de la ingesta para el EPA y el DHA?
- 1.4 P4: ¿Está de acuerdo con que dejen de usarse los criterios «convincente», «probable», «posible» e «insuficiente» en la descripción del nivel de la evidencia científica necesaria para establecer el VRN-ENT para el EPA y el DHA?
- 1.5 P5: ¿Está de acuerdo con que se especifique un nivel reconocido de calidad de la evidencia según la clasificación GRADE con objeto de establecer el VRN-ENT para el EPA y el DHA?
- 1.6 P6: ¿Está de acuerdo con que quizá sea necesario acordar una nueva revisión del primer punto de la Sección 3.2.2 del Anexo al documento CAC/GL 2-1985 para facilitar un debate más profundo sobre el VRN-ENT para el EPA y el DHA?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] “Principios generales para el establecimiento de valores de referencia de nutrientes para la población general” Anexo de las Directrices sobre etiquetado nutricional CXG 2-1985,” Comisión del Codex Alimentarius, 2013.
- [2] “INFORME DE LA 37.ª REUNIÓN DEL COMITÉ DEL CODEX SOBRE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS PARA REGÍMENES ESPECIALES,” Comisión del Codex Alimentarius, 2015.
- [3] “INFORME DE LA 37.ª REUNIÓN DEL COMITÉ DEL CODEX SOBRE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS PARA REGÍMENES ESPECIALES,” Comisión del Codex Alimentarius, 2017.
- [4] FAO/OMS, “Informe de la Consulta mixta de expertos FAO/OMS sobre los riesgos y los beneficios del consumo de pescado. Roma, 25–29 de enero de 2010.” Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- [5] A. S. Abdelhamid, T. J. Brown, J. S. Brainard, P. Biswas, G. C. Thorpe, H. J. Moore, K. H. Deane, F. K. AlAbdulghafoor, C. D. Summerbell, H. V. Worthington, *et al.*, “Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jul. 2018.
- [6] “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO; Ginebra, 28 de enero-1 de febrero de 2002”; OMS, Ginebra, pág. 149, 2003.
- [7] A. Malmivaara, “Methodological considerations of the grade method,” *Annals of Medicine*, vol. 47, no. 1, pp. 1–5, Oct. 2014.
- [8] FAO, “Grasas y ácidos grasos en nutrición humana: Consulta de expertos; 10-14 de noviembre de 2008”; FAO, Ginebra, pág. 166, 2010.