

¿Cuánta información debe incluirse en la etiqueta principal de los envases de alimentos?

La encefalopatía espongiforme bovina, conocida como “enfermedad de las vacas locas”, y los adelantos en biotecnología han despertado un gran interés mundial en los métodos de procesamiento y en el contenido nutricional de los alimentos, así como en la información que debe aparecer en las etiquetas de los envases. Como resultado, en Europa y Asia se han establecido leyes sobre la rotulación de los alimentos y el tema se ha debatido ampliamente en la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América. Las discusiones se centran en torno a la influencia que la cantidad y el tipo de información en las etiquetas pueda tener en los consumidores. ¿Cuál es la forma más eficaz de indicar los beneficios o riesgos de consumir algún alimento en particular? Sobre la base de algunas investigaciones, hay quienes afirman que el exceso de información nutricional puede reducir la capacidad para formarse una opinión válida de los productos. Otros investigadores piensan que mientras más información tenga el consumidor, más dispuesto estará a comprarlos. Con un estudio llevado a cabo en 2004, se trató de determinar la información que debe incluirse en la etiqueta principal para persuadir a los consumidores a comprar un producto: una extensa declaración sobre sus ventajas para la salud o algo más corto y fácil de comprender combinado con datos más completos al dorso.

Para el estudio, se modificó el envoltorio de hamburguesas de soya. Un diseño presentaba información nutricional completa en letras negras dentro de un recuadro amarillo claro situado al extremo superior derecho del paquete. Otro diseño presentaba un mensaje similar pero más breve en el mismo lugar. El mensaje corto decía “La proteína de soya puede reducir el riesgo de enfermedades del corazón”. El largo indicaba “El consumo diario de 25 g de proteína de soya como parte de una dieta con bajo contenido de grasa saturada y colesterol puede reducir el riesgo de enfermedades del corazón”. Ambos paquetes tenían idéntica información nutricional más extensa al dorso, la cual comprendía el mensaje más largo, más la frase “Una porción de la hamburguesa Harvest suministra 25 g de proteína de soya”. En el experimento participaron 118 clientes de una tienda de comestibles (63% mujeres), con una mediana de edad de 31,2 años, a quienes se les pidió que cooperaran en la evaluación de un nuevo producto. A cada participante se le entregó uno de los dos tipos de paquetes elegido aleatoriamente. Después de permitir que lo examinara de 10 a 40 segundos, se le pidió que anotara su impresión sobre el producto y que evaluara una serie de declaracio-

nes indicando si estaba de acuerdo con lo que decía o no según una escala de 9 puntos (1 = muy en desacuerdo; 9 = muy de acuerdo). Los comentarios se codificaron como *específicos* si se relacionaban con atributos declarados del producto, como “ayuda a reducir las enfermedades del corazón” o “contiene 20 g de soya”, y *generales* si constituían una evaluación sumaria como “parece bueno” o “lo voy a probar”. Los codificadores ignoraban el propósito del estudio. Como resultado, los paquetes en los que destacaba el mensaje corto generaron opiniones más específicas y favorables sobre el producto en cuanto a sus beneficios para la salud, atractivo y bajo contenido de grasas saturadas que los que ostentaban mensajes más largos, los cuales provocaron comentarios más generales.

Hoy día la rotulación de los paquetes de comestibles interesa tanto a las personas que cuidan de su dieta como a los encargados de las políticas alimentarias. Puesto que muchas personas examinan solamente la etiqueta principal de los productos antes de comprarlos, es importante verificar los efectos de los mensajes cortos frente a los largos en aras de educar a los consumidores para que controlen mejor su alimentación y su salud. Si bien la información sobre las hamburguesas de soya se centraba en los beneficios de un solo ingrediente, los resultados de este estudio pueden generalizarse a otros ingredientes, macronutrientes y métodos de preparación. Por supuesto, aunque se opte por mensajes cortos al frente del paquete, es indispensable incluir el resto de la información pertinente al dorso o a los lados. (Wansink B, Sonka ST, Hasler CM. Front-label health claims: when less is more. *Food Pol.* 2004;29: 659–67.)

Reevaluación e hipótesis unificada de la hormonoterapia posmenopáusica

Las fracturas y las cardiopatías coronarias causan 250 000 muertes anuales en mujeres posmenopáusicas. Hasta el decenio de 1990 se confiaba en los efectos preventivos de la hormonoterapia reconstitutiva (HTR), pero las investigaciones realizadas por el programa *Women’s Health Initiative* (WHI) arrojaron resultados conflictivos que pusieron en duda sus presuntas ventajas. Posteriormente se diseminaron fuertes advertencias contra la HTR. Con la publicidad y repetidos análisis de los resultados de los ensayos clínicos y otras pruebas de la WHI —estrógeno más progesterona, estrógeno solo y estudios observacionales— se ha hecho necesario reevaluar la HTR. Tras un minucioso examen de la literatura, dos investigadores generaron una hipótesis unificada que incorpora las diferentes conclusiones. Ellos reconocen tres procesos que podrían

explicar las discrepancias entre los resultados de los ensayos: 1) la erosión o ruptura temprana de depósitos o placas de grasa en las arterias, que se agrava con la combinación de estrógenos equinos conjugados y acetato de medroxiprogesterona (EEC-AMP); 2) la reducción a largo plazo de la formación de esas placas, que mejora con el tratamiento hormonal incluso EEC-AMP; y 3) el antagonismo relativo del AMP a los efectos vasoprotectores de los estrógenos. Si la HTR comienza años después de la menopausia cuando ya hay acumulaciones de placa "vulnerable" (propensa a desprenderse y formar coágulos), estos efectos de erosión y ruptura serán los que destacan al principio como un "daño inicial" y pueden pasar años antes de que se note una reducción en la formación de placa como un "beneficio tardío". Los estrógenos promueven la producción de metaloproteinasas de matriz que quizá contribuyen al daño inicial pero también facilitan el remodelaje de la placa estable como un beneficio tardío.

La teoría unificada aduce que al iniciarse la menopausia la placa coronaria vulnerable no suele ser extensa y la HTR debe reducir la cardiopatía coronaria, como muestran los estudios en animales y los de observación en humanos. En este contexto puede esperarse beneficio de los estrógenos orales (mayor aumento de lipoproteínas de alta densidad) o transdérmicos (menor aumento de la proteína reactiva C). Por contraste un año o dos después de comenzar la HTR, la placa vulnerable puede haberse extendido y los episodios de cardiopatía coronaria incrementan, lo que refleja erosión o ruptura de las placas por inflamación o por metaloproteinasas de matriz. Si el tratamiento continúa, con el paso del tiempo habrá menos episodios de cardiopatía coronaria porque se habrá reducido la producción de placa, con una mejora evidente a los 5 ó 6 años. Ya que el aumento inicial de cardiopatías se debe a la liberación de factores trombógenos o inflamatorios del hígado en respuesta a los estrógenos orales, el problema disminuirá con el empleo de

estrógenos transdérmicos. Además, en la medida en que progestágenos como el AMP antagonicen los efectos beneficiosos de los estrógenos, mejor será la salud cardiovascular de las mujeres que solamente toman estrógenos o que los combinan con un progestágeno más fisiológico. Por último, si el aumento del riesgo de cáncer de mama se debe a la exposición de los tejidos a los progestágenos tomados para proteger el endometrio, ese riesgo puede disminuirse con progestágenos con una menor tendencia a engrosar la densidad de las mamas o administrados por otra vía. Es decir que, en una mujer perimenopáusica de 48 años con útero íntegro, la reducción de la cardiopatía coronaria sería mayor con la HTR de estrógenos transdérmicos y progestágeno local, un poco menor con estrógenos orales solos y aun menor con estrógenos orales y AMP. Con poca placa vulnerable, esta mujer tendría un bajo riesgo de cardiopatía coronaria durante el primer año. Sin embargo, en una mujer de 63 años, la HTR con estrógenos orales aumentaría ese riesgo debido a la erosión de placas por inflamación. En ella, los estrógenos transdérmicos disminuirían el riesgo inicial de cardiopatía y producirían beneficios más pronto. En ambas pacientes, la combinación diaria de estrógenos con AMP sistémico aumentaría el riesgo de cáncer de mama después de cierto tiempo. El riesgo se reduciría suprimiendo el progestágeno o usando uno de administración local.

Los autores opinan que las ventajas de la HTR superan los riesgos y que la mayoría de las mujeres deben iniciar el tratamiento en la menopausia. Si la terapia se demora, los daños a la vasculatura y a los huesos pueden ser irreversibles. Las mujeres sanas que han tomando estrógenos por largo tiempo deben continuar el tratamiento pero deben cambiar el AMP por otro tipo de progestágeno. Años tras la menopausia, la HTR debe iniciarse principalmente en mujeres con osteoporosis. (Phillips LS, Langer RD. Postmenopausal hormone therapy: critical reappraisal and a unified hypothesis. *Fertil Steril*. 2005;83:558-66.)