

Grasas nocivas

DEBATES DE SALUD PÚBLICA

DARIUSH MOZAFFARIAN



La bollería industrial es una de las fuentes principales de grasas trans. / EL PAÍS

Las grasas *trans* son ácidos grasos insaturados que presentan al menos un enlace doble en la configuración *trans*. Si bien en las carnes y en los productos lácteos de vacas, ovejas y otros ruminantes hay pequeñas cantidades, la gran mayoría de las grasas *trans* presentes en nuestra dieta se producen industrialmente, y están presentes en alimentos fabricados con aceites vegetales parcialmente hidrogenados. La hidrogenación parcial, que convierte los aceites vegetales en las grasas semisólidas utilizadas en las margarinas, en la cocina comercial y en los procesos de fabricación, convierte aproximadamente el 30% de las grasas naturales en grasas *trans*.

En Estados Unidos, la media de consumo de grasas *trans* es del 2%-4% de la energía total. Las fuentes principales son las comidas rápidas fritas, los productos de bollería (pasteles, galletas, magdalenas, empanadas, etcétera), los aperitivos empaquetados, las margarinas y los panes.

Hay considerables pruebas de los efectos perjudiciales que tiene la ingestión de grasas *trans*. Además, las grasas *trans* de aceites parcialmente hidrogenados carecen de valor intrínseco para la salud. En consecuencia, poca justificación puede tener el uso de aceites parcialmente hidrogenados como sustitutos de otros aceites o grasas naturales. Y además, los efectos perjudiciales se perciben con ingestiones muy bajas: por ejemplo, 1%-3% de la energía total, o aproximadamente 2-7 gramos (20-60 calorías), en una persona que consuma 2.000 calorías diarias. Así, tal vez sea necesario suprimir de manera completa o casi completa las grasas *trans* industriales para evitar efectos secundarios y minimizar los riesgos para la salud.

En 2004, Dinamarca se convirtió en el primer país que legisló los límites para el contenido de grasas *trans* en los alimentos, eliminando en buena medida las grasas *trans* industriales de todos los alimentos (incluidos los servidos en restaurantes) de ese país. Canadá está considerando una legislación similar, y el Ayuntamiento de Chicago también se está planteando prohibir las grasas *trans* industriales en los restaurantes. Si los restaurantes y los fabricantes de alimentos procesados no eliminan voluntariamente las grasas *trans* (como han hecho en gran medida en Holanda), la necesidad y la importancia de tomar medidas legislativas para reducir el

consumo de grasas *trans* se basa en varios puntos:

1. Los efectos perjudiciales para la salud que plantean las grasas *trans* están ahora mejor determinados que los de cualquier otra sustancia de nuestra oferta de alimentos. La firmeza

en un total de 140.000 hombres y mujeres hemos concluido que la ingestión del 2% de las calorías totales en forma de grasas *trans* (40 calorías / día, en una dieta típica de 2.000 calorías) se asocia con un aumento del 23% de infartos de miocardio o muerte

El uso de grasas trans en las comidas puede limitarse sin efectos significativos en el sabor, el precio o la disponibilidad de alimentos

de las pruebas y la posible magnitud del perjuicio superan enormemente a las de los contaminantes de alimentos o de los residuos de pesticidas, que están adecuadamente regulados en niveles muy bajos.

2. Incluso los niveles extremadamente bajos de ingestión de grasas *trans* se asocian con un aumento significativo del riesgo de desarrollar enfermedades coronarias. En nuestro análisis de estudios prospectivos efectuados

por enfermedad coronaria. Esto indica que de cada 100.000 infartos de miocardio o fallecimientos por enfermedades coronarias cada año, 19.000 se habrían prevenido si la ingestión media de grasa *trans* se redujera aproximadamente en 40 calorías diarias.

3. Los consumidores no tienen modo de evaluar el contenido de grasas *trans* de los alimentos que consumen. Salvo en los alimentos empaquetados que, como en Estados Unidos, estén

obligados a dar este dato en el etiquetado, es imposible que un consumidor pueda determinar cuánta grasa *trans* contienen los productos que toma o los que consume en restaurantes. El etiquetado estandarizado obligatorio de todos los alimentos preparados en restaurantes no sería práctico ni rentable, dados los cambios constantes de menú y las diversas mezclas de ingredientes de las comidas servidas en dichos establecimientos.

4. El uso de grasas *trans* en la fabricación de alimentos y en los restaurantes puede limitarse sin efectos significativos para el sabor, el precio o la disponibilidad de los alimentos. Si bien el sector expresa a menudo preocupación ante el hecho de que la limitación del uso de grasas *trans* pueda afectar al sabor o al precio de los alimentos, no existen pruebas que respalden esta hipótesis. Por el contrario, hay pruebas sustanciales de que el uso de grasas *trans* se puede eliminar casi por completo sin afectar al sabor, al precio o a la disponibilidad de los alimentos. Esto se ha demostrado claramente en Dinamarca y en Holanda.

Debería resaltarse también que se sabe mucho menos acerca del consumo de grasas *trans* en países en vías de desarrollo. Las pruebas actuales indican que, en comparación con los países occidentales, la ingestión de grasas *trans* de aceites parcialmente hidrogenados puede ser mucho más elevada en los países en vías de desarrollo, en general porque los aceites parcialmente hidrogenados representan la elección más barata (y a menudo subvencionada) de grasa para cocinar.

Dado que las enfermedades coronarias constituyen la principal causa de fallecimiento en casi todos los países, incluidos los desarrollados, deberán asumirse esfuerzos intensivos para reducir en gran medida o eliminar el uso de aceites parcialmente hidrogenados tanto en el mundo desarrollado como en países en vías de desarrollo.

En resumen, existen considerables pruebas de que el consumo de grasas *trans* derivadas de aceites vegetales hidrogenados es perjudicial, y pocas de que posean valor intrínseco para la salud. La eliminación de las grasas *trans* industriales de los alimentos, ya sea de manera voluntaria o con medidas legislativas, evitaría probablemente decenas de miles de infartos de miocardio al año en Estados Unidos y en otros países.

Dariush Mozaffarian es catedrático de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Salud Pública de Harvard.

● Tos crónica

Investigadores de la Clínica Mayo han descubierto un nuevo método mediante la espiración de óxido nítrico que permitirá determinar el tratamiento más adecuado de la tos crónica, según un estudio presentado la semana pasada en la reunión anual de la Sociedad Respiratoria Europea (ERS) en Múnich. Este test mide la inflamación en los bronquios, y el aliento de los pacientes se introduce por un verificador cuatro o cinco veces durante 10 minutos. Los resultados anómalos indican que el paciente tiene asma o posiblemente bronquitis eosinofílica sin asma, siendo ambas tratadas con corticosteroides inhalados, que ayudan a reducir la inflamación y aliviar la tos.

Cada médico de familia puede evitar cinco muertes anuales por tabaquismo

CARMEN GIRONA, **Madrid**
Casi el 90% de los médicos de familia recomiendan a sus pacientes que abandonen el tabaco, casi todos piensan que fumar es una adicción y creen que el abandono del tabaco depende de la fuerza de voluntad del fumador, según un estudio presentado la semana pasada en el Congreso Mundial de Cardiología celebrado en Barcelona. Aunque los facultativos aseguran que no disponen de tiempo suficiente para ayudar al paciente a dejar de fumar, cada año un médico de familia puede prevenir cinco muertes por tabaquismo.

En el trabajo de investigación, *Fumar: la opinión de los médicos*, (*Stop*, en sus siglas en inglés), han participado 2.836 internistas y médicos de familia, fumadores y no fumadores, de 16 países, entre ellos España. El 84% de los médicos hablan con sus pacientes sobre los riesgos del tabaco, aunque menos los fumadores (78%) que los no fumadores (86%); la mayor parte (90%) considera que el tabaquismo es una de las afecciones más difíciles de tratar comparado con la obesidad, la hipertensión o el colesterol, y el 86% opina que dejar de fumar es la acción más importante que una persona puede hacer para mejorar su salud. De hecho, el 69% de los médicos que fuman en este estudio lo han intentado dejar al menos una vez.

Falta de tiempo

Entre las barreras con las que se encuentran los facultativos a la hora de tratar a los fumadores figuran que más de la mitad considera que el abandono del tabaco es fundamentalmente una responsabilidad del paciente; no tienen un tratamiento útil que ofrecer, y no tienen tiempo suficiente para atender esta problemática (51%). En este último aspecto, los médicos españoles son los que más se quejan de no tener tiempo (73%).

Para afrontar estos obstáculos, Robert West, profesor de Psicología de la Salud de la University College de Londres y experto en deshabituación tabáquica, apuntó en la presentación del estudio que los facultativos que no aconsejan el abandono del tabaco no ejercen bien su trabajo, que para dar estos consejos no es necesario mucho tiempo, y que hablar con los pacientes sobre el tabaco es una de las medidas más costosas y efectivas para abandonarlo. "El médico debe comprobar regularmente si el paciente fuma, informarle de los riesgos del tabaco, y no sólo del cáncer de pulmón o las enfermedades cardiovasculares, sino de todos, como, por ejemplo, la degeneración macular, que puede producir ceguera. También debe asegurarse de que el paciente sepa que existen tratamientos que le pueden ayudar. Cada año un médico de familia puede prevenir cinco muertes por tabaquismo", subrayó.

Andrew Pipe, director médico del Centro de Rehabilitación y Prevención del Instituto del Corazón de la Universidad de Ottawa (Canadá), afirmó que los facultativos deben asumir el liderazgo en el abandono del tabaco, y que "el éxito de los médicos consiste en hacer muy bien las cosas cotidianas de forma continuada". El tabaquismo causa más de 50.000 muertes en España, el segundo país en consumo de tabaco *per cápita*.

PÍLDORAS

● Peso y Alzheimer

Un estudio a largo plazo en ancianos ha revelado que el porcentaje medio de pérdida de peso se duplica en el año anterior a que los síntomas del Alzheimer comiencen a detectarse. El descubrimiento podría ser útil a los investigadores que buscan formas de detectar y tratar esta enfermedad antes de que cause daños irreversibles en el cerebro. El ensayo, publicado en el número de septiembre de la revista *Archivos de Neurología*, es el primero en confirmar con detalles precisos la relación entre la pérdida de peso y la demencia, identificadas vagamente hace una década.

Los investigadores, que utilizaron datos del Centro de Investigación del Alzheimer de la Universidad Washington, en Sant Louis (EE UU), explican que un año antes de que a los voluntarios del estudio se les diagnosticase una demencia muy leve, su índice de pérdida de peso se había duplicado.

● Hígado graso

Se calcula que en España uno de cada dos niños obesos y tres de cada cuatro adultos obesos sufre esteatosis hepática o hígado graso, una enfermedad benigna del hígado que se produce por acumulación de grasa en el tejido adiposo. De momento, no existe tratamiento farmacológico para esta patología crónica que puede evo-

lucionar a fibrosis o cáncer de hígado. Los médicos aconsejan llevar un estilo de vida saludable, realizar ejercicio físico y tomar una dieta equilibrada. Hasta la década de 1990, este trastorno afectaba más a las mujeres que a los hombres, pero hoy afecta a ambos géneros por igual, y lo más preocupante es el aumento de esta patología del hígado en los niños. Un estudio presentado por Javier Salmerón, jefe del servicio de Aparato Digestivo del hospital universitario San Cecilio de Granada en el marco de la *Semana de las Enfermedades Digestivas*, y en el que participaron 119 niños obesos reveló que el 43% de los pequeños presentaba esteatosis y un 7,6% aumento de transaminasas.—C.G