

PAPAS FRITAS Y MORTALIDAD

REVISION DE HECHOS



Q: ¿El consumo de papas fritas aumenta el riesgo de muerte?

A: Un estudio individual encontró una asociación entre el frecuente consumo de papas fritas (> 3 veces por semana) y un aumento en el riesgo de muerte por cualquier causa.”¹

CONTEXTO

Un estudio recientemente emitido por el *American Journal of Clinical Nutrition* analizó la asociación entre la frecuencia de papas consumidas, ya fueran fritas o sin freír y “toda causa de muerte” (es decir, morir de cualquier y de toda causa). Usaron un cuestionario de 70 puntos sobre la frecuencia de alimentos (FFQ) que contenía dos puntos sobre papas (fritas y no fritas). Los resultados indicaron que no hubo asociación entre la frecuencia del consumo de papas no fritas y la mortalidad; sin embargo, sí hubo una asociación estadísticamente significativa entre el consumo frecuente (>3 veces por semana) de papas fritas y un aumento en el riesgo de cualquier y de toda causa de muerte.¹

HECHOS

El estudio tiene un número de debilidades metodológicas y fallas analíticas que impactan gravemente su validez, así como la generalidad de los resultados.

- **La población del estudio no es representativa de la población general.** Los sujetos de este estudio fueron tomados de la cohorte de la Iniciativa de Osteoartritis (OA), que es un estudio longitudinal multicéntrico que incluye individuos que tienen OA de la rodilla. Dado que esto es muy específico, de población única, los resultados no se pueden generalizar a otras poblaciones – sean sanas o no.
- **Los métodos utilizados para evaluar la ingesta dietética (incluyendo el consumo de papas) fue insatis factorio.** En este estudio se usó el cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ) Block Brief 2000. Este FFQ contiene 70 productos alimenticios (que son aproximadamente tantos como los que se usaron en los estándares FFQ en investigación epidemiológica)² incluyendo dos puntos sobre papas: (1) papas fritas que incluyen papas a la francesa, croquetas de papas y papas fritas y (2) Papas no fritas incluyendo las horneadas, hervidas, en puré y ensalada de papa. No hubo indicación de cantidades consumidas, solamente la frecuencia del consumo. Inicialmente hubo 9 opciones de frecuencia: desde nunca hasta > 4 veces por semana; pero, los autores decidieron unirlos en 5 porque hubo muy pocas respuestas en los extremos de frecuencia. Las cinco categorías fueron (1) menos o igual a 1 vez por mes, (2) 2-3 veces por mes, (3) 1 vez por semana, (4) 2 veces por semana y (5) mayor o igual a 3 veces por semana. Esta FFQ se administró solo una vez al inicio del estudio y se determinó el consumo de papa durante el año anterior. Un único FFQ administrado en un momento dado no puede tomar en cuenta los posibles cambios en la ingesta alimentaria durante los ocho años siguientes.^{2,3}
- **Hubo falta de control estadístico para variables claves de confusión.** Las únicas variables que fueron controladas estadísticamente fueron: edad, IMC, apego a la dieta mediterránea, actividad física, depresión, fumado, consumo de alcohol, educación, etnicidad, y “variables que pertenecen al estado de salud física” (que no están claramente definidas). Si bien es cierto, que esto es un buen comienzo, ciertamente no son una lista exhaustiva de todas las posibles variables de confusión (particularmente las relacionadas con la dieta) y ciertamente no todos los factores dietéticos y estilos de vida se pudieron asociar con muerte por “todas las causas”. Por ejemplo, los autores no ajustaron para otros nutrientes, alimentos o grupos alimenticios que han demostrado estar asociados con resultados de mala salud, (y a menudo son consumidos por aquellos que consumen papas fritas), tales como grasa saturada, grasas trans, sodio, comida rápida, carnes procesadas, bebidas endulzadas con azúcar, etc.⁴⁻⁷ El simple hecho de ajustar la adherencia a una puntuación de la dieta mediterránea no es adecuado para ajustarse a estos otros factores nutricionales y no se puede descartar la confusión residual. No hay indicación de cómo se midió la actividad física. Y, si bien los autores sí mencionan el control de “variables pertenecientes al estado de salud”, estas fueron auto-reportadas (que probablemente dio como resultado error en la clasificación y confusión) y pareció estar limitada a ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca, accidente cerebro vascular, diabetes y cáncer que es una lista muy limitada de

enfermedades / condiciones que podrían contribuir potencialmente a la mortalidad. Ellos tampoco midieron los factores de riesgo para enfermedades (por ejemplo, niveles lípidos en sangre, presión arterial, tolerancia a la glucosa e inflamación).

- **Los datos no demostraron una relación dosis-respuesta.** No hay evidencia de un patrón de dosis-respuesta entre los consumidores de papas no fritas. Además, no hay una tendencia monotónica entre el aumento en la ingesta de papas fritas y el riesgo de mortalidad total. El riesgo relativo (RR) para la ingesta de papas fritas (2-3 veces por mes) es claramente más fuerte que en la siguiente categoría (1 por semana). La confusión residual probablemente impactó los resultados del estudio.
- **El estudio no toma en cuenta las causas específicas de muerte.** No hay indicación de qué murieron realmente los sujetos. Sin conocer las causas de muerte, cualquier asociación con factores dietéticos carece de significado. Esto es particularmente relevante dado el cohorte estudiado, quienes probablemente sufren de una alta incidencia de complicaciones músculo -esqueléticas que la población en general.
- Como estudio epidemiológico, cruzado-seccional, estos datos solo pueden sugerir una asociación; no pueden mostrar causa y efecto.

REFERENCIAS

1. Veronese N, Stubbs B, Noale M, Solmi M, Vaona A, Demurtas J, Nicetto D, Crepaldi G, Schofield P, Koyanagi A, Maggi S, Fontana L. Fried potato consumption is associated with elevated mortality: an 8-y longitudinal cohort study. *Am J Clin Nutr*. 2017;Jun 7 [Epub ahead of print]
2. Shim JS, Oh K, Kim HC. Dietary assessment methods in epidemiologic studies. *Epidemiol Health*. 2014;36:e2014009.
3. Bingham SA, Gill C, Welch A, Day J, Cassidy A, Khaw KT, Sneyd MJ, Key YJ, Roe L, Day NE. Comparison of dietary assessment methods in nutritional epidemiology: weighed records v. 24h recalls, food-frequency questionnaires and estimated diet records. *Br J Nutr*. 1994;72:619-43.
4. Wang DD, Li Y, Chiuve SE, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Association of specific dietary fats with total and cause-specific mortality. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1134-45.
5. Whelton PK, Appel LJ, Sacco RL, Anderson CA, Antman EM, Campbell N, Dunbar SB, Frohlich ED, Hall JE, Jessup M, Labarthe DR, MacGregor GA, Sacks FM, Stamler J, Vafiadia DK, Van Horn LV. Sodium, blood pressure, and cardiovascular disease: further evidence supporting the American Heart Association sodium reduction recommendations. *Circulation*. 2012;126:2880-9.
6. Jaworowska A, Blackham T, Davies JG, Stevenson L. Nutritional challenges and health implications of takeaway and fast food. *Nutr Rev*. 2013;71:310-8.
7. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2007;97:667-675.