

PAPAS FRITAS Y MORTALIDAD COMPROBACIÓN DE HECHOS



P: ¿Consumir papas fritas incrementa el riesgo de muerte?

R: Un único estudio encontró una asociación entre el consumo frecuente de papas fritas (> 3 veces por semana) y el riesgo elevado de “mortalidad por cualquier causa”¹.

CONTEXTO

Un estudio recientemente difundido en el *American Journal of Clinical Nutrition* (Revista Estadounidense de Nutrición Clínica) examinó la asociación entre la frecuencia del consumo de papas ya sea fritas como no-fritas y la “mortalidad por todas las causas” (es decir, morir por cualquier causa) usando un cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ, por sus siglas en inglés) de 70 productos alimenticios que incluía dos productos de papa (fritas y no-fritas). Los resultados indicaron que no había asociación entre la frecuencia del consumo de papas no-fritas y la mortalidad; sin embargo, había una asociación estadísticamente significativa entre el consumo frecuente (> 3 veces por semana) de papas fritas y un riesgo elevado de muerte por cualquier causa¹.

INFORMACIÓN

El estudio adolece de una cantidad de defectos metodológicos y defectos analíticos que impactan gravemente la validez del estudio y la generalización de los resultados.

- **La población del estudio no es representativa de la población general.** Los sujetos para este estudio fueron tomados del grupo de edad de la Osteoarthritis (OA) Initiative (Iniciativa de la Osteoarthritis), que es un estudio multicéntrico longitudinal que incluye individuos que padecen de OA de la rodilla o están en alto riesgo de padecerla. Dado que ésta es una población muy específica y singular, los resultados no pueden generalizarse para otras poblaciones -sanas o no.
- **Los métodos utilizados para evaluar la ingesta dietética (incluyendo la ingesta de papas) fueron deficientes.** En este estudio se utilizó el cuestionario Block Brief 2000 de frecuencia de alimentos (FFQ). Este FFQ contiene 70 productos alimenticios (casi tantos como FFQs estándar utilizados en investigación epidemiológica)², incluyendo dos productos de papa: (1) Papas fritas, incluyendo papas a la francesa, hash browns y papas fritas y (2) Papas no-fritas, incluyendo horneadas, cocidas, puré y ensalada de papa. No había indicación de cantidades consumidas, sólo frecuencia de consumo. Inicialmente había 9 opciones de frecuencia -desde nunca hasta > 4 veces por semana- pero los autores resolvieron compactarlas en 5 porque hubo muy pocas respuestas en los extremos de la 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. Este FFQ fue administrado sólo una vez como punto de referencia y para establecer la ingesta de papas durante el año anterior. Un sólo FFQ aplicado en un determinado momento no puede considerar posibles cambios en la ingesta dietética a lo largo de esos ocho años subsecuentes^{2,3}.
- **Existió una falta de control estadístico para variables de confusión clave.** Las únicas variables que fueron estadísticamente controladas fueron: edad, IMC, adhesión a una dieta mediterránea, actividad física, depresión, fumar, consumo de alcohol, educación, grupo étnico, y “variables relativas al estado de salud física” (que no están claramente definidas). Si bien éstas son un buen punto de partida, ciertamente no son una lista exhaustiva de todas las variables posibles de confusión (particularmente relacionadas con la dieta) y sin duda no todos los factores dietéticos y de estilo de vida que podrían estar asociados con la muerte por “cualquier causa”. Por ejemplo, los autores no ajustaron otros nutrientes, alimentos o grupos de alimentos que se ha demostrado están asociados con malos resultados para la salud (y son consumidos frecuentemente por quienes consumen papas fritas), tales como grasas saturadas, grasas trans, sodio, comida chatarra, carnes procesadas, bebidas azucaradas, etc.⁴⁻⁷. Simplemente ajustar por adhesión a una dieta mediterránea no es adecuado para ajustar

estos otros factores de nutrición y no puede descartarse las variables de confusión residual. Tampoco existe indicación de cómo se midió la actividad física. Y, aunque los autores sí mencionan un control de “variables relativas al estado de salud” éstas fueron auto-reportadas (lo que probablemente resultó en mala clasificación y confusión) y parecieron estar limitadas a infarto, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, diabetes y cáncer, que es una lista muy limitada de enfermedades/condiciones que potencialmente podrían contribuir a la mortalidad. Tampoco midieron factores de riesgo de enfermedad (por ejemplo, niveles de lípidos en sangre, presión arterial, tolerancia a la glucosa, e inflamación).

- **Los datos no demuestran una relación dosis-respuesta.** No hay evidencia de un patrón de dosis-respuesta entre los consumidores de papas no-fritas. Además, no existe una tendencia monotonía entre el aumento de 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 la siguiente categoría (1 por semana). La confusión residual probablemente impactó los resultados del estudio.
- **El estudio no explica causas específicas de muerte.** No existe indicación acerca de cuál fue la causa de muerte de los sujetos. Sin conocer las causas de muerte, cualquier asociación con factores dietéticos es irrelevante. Esto es particularmente relevante dado el grupo estudiado, que probablemente sufre una mayor incidencia de complicaciones musculoesqueléticas que el público en general.

Como estudio epidemiológico seccional, estos datos sólo pueden sugerir una asociación; no pueden demostrar 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, 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.