

Carta al Editor / Letter to Editor

Consumo de carnes rojas y su asociación con mortalidad

Meat consumption and its association with mortality

Sr. Editor

La alimentación es una glosa fundamental en el presupuesto de las familias chilenas, ocupando un 18,6% del presupuesto total familiar en todos los quintiles del país en el año 2013¹. La globalización, el capitalismo y la migración han facilitado la exportación e importación de numerosos productos alimentarios que están al alcance de las familias, existiendo hoy un superávit de alimentos. En el año 1956 la estructura del gasto en alimentación estaba destinada principalmente a la compra de pan, carnes, leche fresca, frutas y verduras². Sin embargo, las preferencias alimentarias por las familias chilenas han presentado cambios en el transcurso de los años, siendo los alimentos más comprados en el año 2013, pan, bebidas gaseosas, carnes procesadas y carne de vacuno sin procesar según la VII Encuesta de Presupuestos Familiares¹.

El mercado de la carne a nivel mundial ha experimentado un aumento en su producción en los últimos años³. En el caso de Chile, la producción de carne es liderada por la producción de carne de ave (675 mil toneladas), seguido por la carne de cerdo (584 mil toneladas de las cuales cerca de 40% es destinada para exportación) y en último lugar se ubica la producción bovina (200 mil toneladas)⁴. Una mayor demanda ha llevado a una mayor producción y a un mayor consumo de este tipo de productos. El año 2013, Chile experimentó un alza de un 9,4% en el consumo total de carne comparado con los últimos cinco años, alcanzando el promedio anual per-cápita 89,1 kg distribuidos en 37,5 kg de carne de ave, 26,6 kg de carne de cerdo y 24,4 kg de carne de vacuno⁵.

Un excesivo consumo de carnes rojas se ha asociado tradicionalmente con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, aumento del colesterol total, gota y ciertos tipos de cáncer^{6,7}. No obstante, recientes estudios han puesto en manifiesto la asociación entre el consumo de los diferentes tipos, formas e ingredientes de las carnes y el incremento del riesgo de mortalidad^{8,9}. Uno de estos estudios fue el realizado por Etemadi et al.⁸, del National Institute of Health de Estados Unidos, quienes reportaron que el consumo elevado de carnes rojas, procesadas y sin procesar, se asocia con un mayor riesgo de mortalidad

Fanny Petermann¹, Ana Leiva², María Adela Martínez³,
Eliana Durán⁴, Ana María Labraña⁴,
Alex Garrido-Méndez⁵, Carlos Celis-Morales^{1,6}.

1. BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre Institute of Cardiovascular and Medical Science, University of Glasgow, United Kingdom.
2. Instituto de Anatomía, Histología y Patología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
3. Instituto de Farmacia, Facultad de Ciencias, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
4. Departamento de Nutrición y Dietética. Facultad de Farmacia. Universidad de Concepción.
5. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
6. Centro de Investigación en Fisiología del Ejercicio – CIFE, Universidad Mayor. Santiago, Chile.

Dirigir Correspondencia a: Carlos Celis-Morales.
BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre, 126 University Avenue, Glasgow University, Glasgow, United Kingdom, G12 8TA. Tel: 44(0)1413304201
E-mail: carlos.celis@glasgow.ac.uk

Este trabajo fue recibido el 20 de septiembre de 2017.
Aceptado con modificaciones: 03 de enero de 2018.
Aceptado para ser publicado: 23 de enero de 2018.

prematura y mortalidad específica (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, diabetes mellitus tipo 2, infecciones, enfermedad renal, enfermedad hepática)⁸.

Etemadi et al.⁸, identificaron que el riesgo de muerte prematura aumentó en un 26% en aquellas personas ubicadas en el quintil más alto de consumo de carnes rojas (Hazard Ratio "HR": 1,26 [95% IC: 1,23 a 1,29]), en comparación a aquellas que reportaron el consumo más bajo. De todas las causas específicas de mortalidad, el riesgo de desarrollar enfermedad hepática crónica fue el que presentó la mayor asociación, aumentando el riesgo en un 130% para el quintil más alto de consumo en comparación al más bajo (HR: 2,30 [95% IC: 1,78 a 2,99]). Por otro lado, aquellas personas

que se encontraban en la categoría más alta de consumo de carnes blancas presentaron un 25% de reducción del riesgo de todas las causas de mortalidad comparada con sus pares que se encontraban en la categoría más baja de consumo de carnes blancas (HR: 0,75 [95% IC: 0,74 a 0,77]) (Figura 1)⁸.

De igual manera Schwingshackl et al.⁹, investigaron la asociación entre el consumo de 12 grupos de alimentos (granos enteros, granos refinados, vegetales, frutas, nueces, legumbres, huevos, lácteos, pescados, carnes rojas, carnes procesadas y bebidas) y el riesgo de mortalidad por todas las causas⁹. Los autores identificaron que este riesgo aumentaba en un 10% por cada 100 gramos diarios adicionales de carne roja (Riesgo Relativo "RR": 1,10 [95% IC: 1,04, 1,18]) y en un 23% por cada 50 gramos diarios adicionales de carne

procesada (RR: 1,23 [95% CI: 1,12, 1,36]).. Sin embargo, al evaluar el riesgo de mortalidad con el consumo de pescado, se observó que este disminuía en un 10% con un incremento de ≤ 200 gramos/diario de este alimento⁹.

Diferencias entre los patrones alimentarios observados entre poblaciones de oriente y occidente han puesto en manifiesto como los patrones alimentarios adecuados podrían disminuir el riesgo de mortalidad^{7,8,9,10,11}. En poblaciones asiáticas se ha identificado que una dieta alta en vegetales, frutas, papas y pescado disminuye el riesgo de mortalidad por todas las causas. No obstante, una dieta occidentalizada, que incluye un elevado consumo de carnes rojas y procesadas, ha presentado resultados opuestos en japoneses, identificando algunos investigadores un incremento en el riesgo de mortalidad y otros una asociación

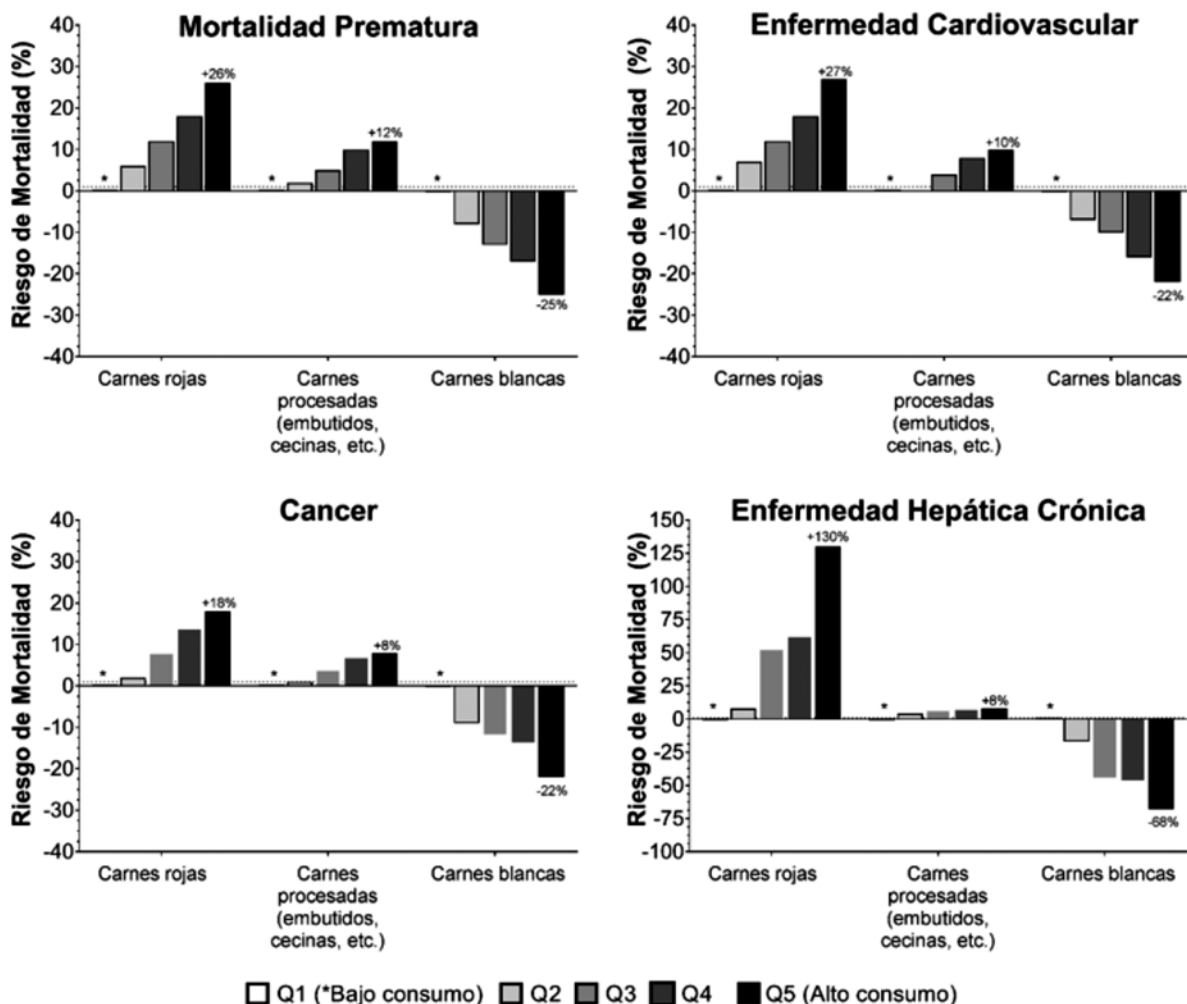


Figura 1. Riesgo de mortalidad prematura, por enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedad hepática según tipo y cantidad de consumo de carnes rojas, blancas y procesadas. Datos adaptados de Etemadi y cols⁸.

inversamente proporcional con el riesgo de mortalidad por todas las causas^{10,11}. Esta incongruencia podría explicarse por la cantidad per-cápita de carne que consumen este tipo de poblaciones la que, por ejemplo, en Japón alcanzó a 48,8 kg per-cápita, es decir la mitad de lo que consume la población en Chile.

Considerando la evidencia, y el alto consumo de carne reportado por la población chilena, estrategias de mayor impacto que potencien el aumento de consumo de carnes blancas por la población versus el consumo de carnes rojas y/o procesadas son esenciales. A pesar de que hasta la fecha en Chile no se han realizado estudios que investiguen las asociaciones previamente descritas, sin duda fomentar un consumo responsable y moderado de carnes rojas y procesadas, acorde a las necesidades energéticas y nutricionales de cada individuo, repercutiría favorablemente en la calidad de vida y se reflejaría en la disminución de la carga de enfermedad y mortalidad de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. VII Household Budget Surveys. Instituto Nacional de Estadística, Chile 2013.
2. INE. I Household Budget Surveys. Instituto Nacional de Estadística, Chile 1957.
3. SIAP. Agri-food Panorama. Bovine Meat 2017. Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera, México. 2017.
4. ODEPA. Meat. Oficina de Estudio y Políticas Agrarias, Ministerio de Agricultura, Chile. 2017.
5. INE. Livestock Production: Period 2008-2013 and First Semester 2014. Instituto Nacional de Estadística, Chile. 2014.
6. Yip CSC, Lam W, Fielding R. A summary of meat intakes and health burdens. *Eur J Clin Nutr* 2018; 72(1): 18-29.
7. Anderson JJ, Darwis NDM, Mackay DF, Celis-Morales CA, Lyall DM, Sattar N, et al. Red and processed meat consumption and breast cancer: UK Biobank cohort study and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2018; 90: 73-82.
8. Etemadi A, Sinha R, Ward MH, Graubard BI, Inoue-Choi M, Dawsey SM, et al. Mortality from different causes associated with meat, heme iron, nitrates, and nitrites in the NIH-AARP Diet and Health Study: population based cohort study. *BMJ*. 2017; 357: j1957.
9. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Lampousi AM, Knuppel S, Iqbal K, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Am J Clin Nutr* 2017; 105(6): 1462-1473.
10. Nanri A, Mizoue T, Shimazu T, Ishihara J, Takachi R, Noda M, et al. Dietary patterns and all-cause, cancer, and cardiovascular disease mortality in Japanese men and women: The Japan public health center-based prospective study. *PLoS ONE*. 2017; 12(4): e0174848.
11. Shimazu T, Kuriyama S, Hozawa A, Ohmori K, Sato Y, Nakaya N, et al. Dietary patterns and cardiovascular disease mortality in Japan: a prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 600-609.