

Del preventivo vino mediterráneo al demoledor botellón: vayamos por partes

EL CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MARCA LOS LÍMITES DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INCIDENCIA EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

El consumo de alcohol está muy arraigado en España. Casi el 50% de los españoles mayores de 16 años admiten que son bebedores habituales, el 88% dice que había consumido alcohol alguna vez en la vida y el 73% en los últimos meses.

Además un 19% reconoce que se ha emborrachado alguna vez en los 12 meses previos. Un 13% de los españoles refiere haber ingerido cinco o más copas seguidas en dos horas, durante los últimos 30 días. Europa, con un consumo medio de alcohol puro de 11 litros por habitante y año es la región del mundo donde más se bebe, 2,5 veces más que la media mundial.

Si hay algo en lo que coinciden la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre el tema es que el consumo de alcohol ejerce un efecto protector sobre la enfermedad coronaria (infarto, muerte súbita, angina de pecho). Esto es también muy claro para el consumo de vino, que se considera parte casi imprescindible de la dieta mediterránea. Hay un importante estudio prospectivo español, la cohorte EPIC-Spain, que encontró recientemente (Heart 2010;96:124) que, en varones, un consumo de cinco o más gramos de alcohol puro al día (una copa puede aportar 10-15 gramos de alcohol puro) se asociaba a un riesgo 50% menor de enfermedad coronaria (ataques al corazón). La asociación inversa se mantenía en varones hasta consumos de 90 g/d (de alcohol puro). No hubo asociación alguna en mujeres. Además, el patrón de consumo de alcohol entre hombres y mujeres fue distinto. A pesar del mayor contenido en polifenoles supuestamente beneficiosos en el vino, especialmente en el vino tinto, las distintas bebidas alcohólicas no parecían diferir en su protección contra los ataques al corazón (sólo en hombres, insisto).



¿QUÉ PASA AL DEJARLO?

Un punto fuerte de este estudio fue analizar a los ex-bebedores separadamente, pero no se tuvieron en cuenta las causas por las que dejaron de beber. Tampoco diferenciaron los patrones de consumo de alcohol. En éste, como en la mayoría de los estudios similares, no se valoró longitudinalmente, con medidas repetidas, el cambio de consumo de alcohol durante el periodo de seguimiento de los participantes.

También hay dos estudios españoles de casos y controles de alcohol e infarto de miocardio. El primero, de nuestro grupo en Navarra (Clin Cardiol 2003;26:313), encontró un efecto protector que se extendía a consumos altos para el vino, pero no para otras bebidas. El segundo, realizado por un grupo catalán (Nutr Metab Cardiovasc Dis 2007;17:609), encontró que consumos mayores de 30 g/d se asociaban fuertemente con menor riesgo. Sin embargo, el consumo de bebidas destiladas se asociaba a mayor riesgo, casi el triple. Se acepta que los consumidores “moderados” obtienen la máxima protección cardiovascular.

Se define “moderado” de modo variable en un rango de 5 a 60 g/d. No está tan claro si esta relación se extiende a otras enfermedades cardiovasculares.

EL QUÉ, EL CÓMO Y EL CUÁNDO

Hay cada más indicios de que el patrón de consumo de alcohol puede ser tan importante o más que la cantidad total de alcohol ingerida. En un estudio clásico, consumir 9 o más copas en un sólo día resultó perjudicial, mientras que una cantidad total equivalente de alcohol distribuida a lo largo de la semana, resultaba protectora si no había excesos en ningún otro día de esa semana. Este efecto diferencial del patrón de consumo no se ha estudiado en España, a pesar de que parece que nos estamos convirtiendo, y en esto Granada pesa mucho, en el paraíso mundial del botellón.

Diversos estudios realizados en otros países coinciden en encontrar un riesgo elevado incluso de la enfermedad coronaria para el consumo concentrado ("binge drinking") en un espacio corto de tiempo, como ocurre en gran parte de la población muchos fines de semana. Se ha definido el "binge drinking" como cualquier alcoholemia superior o igual al 0,08%, lo que resultaría aproximadamente de consumir 5 o más bebidas alcohólicas en varones (70

gr de alcohol puro) y 4 o más en mujeres (56 gr alcohol), en un periodo de sólo dos horas de tiempo (32). Según algunas encuestas 80 millones de Europeos mayores de 15 años refieren practicar "binge-drinking" al menos una vez a la semana (un 20%), y 25 millones (1 de cada 15) admiten que éste es su patrón habitual de consumo. Este patrón no parece aportar beneficio alguno a la salud.

No es igual beber 70 g de alcohol por semana bebiendo dos vasos de vino al día, uno en la comida y otro en la cena, que consumir todo ese alcohol la noche del sábado a base de whiskies y cerveza y con el estómago vacío.

El patrón mediterráneo de consumo de alcohol con preferencia de vino repartido en toda la semana, acompañando a las comidas principales, puede ser más beneficioso por no presentar tantos picos agudos de alcoholemia y proporcionar polifenoles, antioxidantes y otros compuestos beneficios del vino.

Por otra parte, la asociación alcohol-mortalidad es muy diferente en jóvenes que en adultos mayores.

ALCOHOL, PATOLOGÍAS Y CARRETERA

Una importante revisión sistemática de la relación entre consumo de alcohol y el riesgo de 15 enfermedades encontró que el alcohol se asociaba a fuertes incrementos de riesgo para cáncer oral, de esófago y laringe, cirrosis hepática, pancreatitis crónica, hipertensión esencial, lesiones en carretera y por violencia física. Además encontró una asociación perjudicial, pero no tan fuerte para cánceres de colon, recto, hígado y mama. El único efecto protector y en forma de "J" fue para la enfermedad coronaria. Por tanto, la relación del consumo de alcohol con la mortalidad total puede depender tanto de la edad como del nivel de riesgo vascular: en adultos mayores (>50 años) y con alto riesgo vascular, el efecto protector del alcohol podría superar los riesgos; sin embargo, en edades más jóvenes y con menor riesgo cardiovascular de base, predominarían los efectos nocivos del alcohol. Esto explicaría porqué su saldo neto puede ser desfavorable y podría causar decenas de miles de muertes anuales, como han estimado análisis de mortalidad prevenible.

Es bien conocida la relación alcohol-lesiones en carretera y hay muchos motivos para pensar en una asociación perjudicial con la depresión, lo que lleva a pensar también en muertes por suicidio, que actualmente han superado ya las muertes en carretera en España.

En Europa se atribuyen anualmente al consumo excesivo y episódico de alcohol 17.000 muertes en carretera (1 de cada 3), 27.000 muertes accidentales, 10.000 suicidios (1 de cada 6), 2.000 homicidios (4 de cada 10), y el 16% de los malos tratos y abandonos infantiles. Es, por tanto, altamente pertinente diferenciar bien los efectos del vino de los de otras bebidas alcohólicas, el patrón de consumo y la edad de los consumidores.