

Alcohol, vino y salud: mitos y realidades

Las bebidas alcohólicas son todas aquellas que contienen alcohol. Pueden ser bebidas fermentadas (vino, cava, cerveza, sidra) o destiladas (licores), pero todas tienen un determinado porcentaje de alcohol puro que varía entre el 1,2 y el 40%. El alcohol se asocia al ocio, la evasión y la diversión, pero no conviene olvidar que cuando consumimos una bebida con alcohol estamos flirteando con una sustancia potencialmente adictiva y perjudicial.

En España se ha estandarizado la copa de bebida alcohólica en 100 ml de vino, 200 ml de cerveza y 25 ml de licor destilado. Cada copa o unidad de bebida estándar en las cantidades señaladas contiene de promedio 10 g de alcohol puro. El consenso científico es muy claro: Consumir más de 3 copas al día de forma habitual es perjudicial para la mayoría de las personas¹.

Consumo de riesgo

El consumo regular de dosis de alcohol por encima de 3 copas por día en el varón, y de 2 en la mujer, se ha asociado a mala salud y riesgos evitables. Por otra parte, el consumo compulsivo ocasional (*binge drinking*), como, por ejemplo, beber 5 copas o más en una sola sesión de consumo, está estrechamente asociado a lesiones de tráfico o laborales, suicidios juveniles y agresiones violentas, además de causar muerte neuronal, especialmente en los adolescentes. Según la metodología de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), el consumo de estas dosis excesivas de alcohol fue la causa, en 2002, de 8.597 muertes prematuras evitables en España, lo que supone el 2,3% de la mortalidad total y el 9,2% de la carga de morbilidad, sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial. La media de años de vida perdidos por cada muerte prematura por abuso de alcohol es 22, por lo que los años de vida perdidos por esa causa en un año serían 189.134². Alrededor del 37% de las muertes por lesiones de tráfico ocurren en conductores bebidos y el 70% de las muertes por cirrosis hepática están causadas por abuso de alcohol. Imaginemos qué diría la ciudadanía si, ante una infección vacunable que ocasionara toda esta morbimortalidad, las administraciones públicas no pusieran la vacuna oportuna a disposición de los ciudadanos.

El abuso de alcohol también aumenta el riesgo de muerte por cáncer de hígado, pancreatitis aguda y crónica, cánceres del tracto digestivo (boca, esófago, laringe y faringe) y problemas cardiovasculares (hipertensión arterial, miocardiopatía alcohólica y arritmias)². Trastornos neurológicos,

como la neuropatía alcohólica y la demencia alcohólica, no son infrecuentes. El consumo habitual de altas dosis de alcohol se asocia al síndrome de dependencia alcohólica, trastorno psicoactivo caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivo de alcohol y una cascada de problemas familiares, laborales y sociales que convierten a la persona en un ser marginal y apartado de la sociedad. Se estima que el 60% de los casos de violencia de género han estado provocados por individuos expuestos a altas dosis de alcohol. En España hay en estos momentos más de un millón de personas con consumos excesivos perjudiciales, trastornos relacionados o dependencia. Lo más grave es que en las asociaciones de ex alcohólicos están entrando cada vez más jóvenes de apenas 20 años de edad.

Consumo «moderado» de alcohol en adultos

A pesar de todo esto, algunos promueven el consumo de bajas dosis de alcohol y acentúan los beneficios para la salud. Veamos qué hay de cierto en eso. El consumo «moderado» de alcohol es difícil de definir. La OMS desaconseja el término debido a que su amplia variabilidad interindividual e intercultural dificulta una definición inequívoca. Sin embargo, hay un consenso que este consumo oscila entre 1 y 10 copas a la semana. Por lo que respecta a la posible dosis cardioprotectora, se estima en una copa cada 2 días. Por encima de 2 copas al día, el efecto se invierte, aumentando la mortalidad. Diversos estudios han concluido que, en ciertos grupos de población adulta, aquellos que consumían alcohol con moderación tenían menos mortalidad que los abstemios o que los que consumían más de 2 copas al día. Sin embargo, esto sólo se ha demostrado en varones de más de 40 años y en mujeres posmenopáusicas¹. El consumo moderado de alcohol a dosis bajas reduce la mortalidad por infarto de miocardio, pero no está claro que disminuya el riesgo de ictus, mientras que se sabe que aumenta la mortalidad por hemorragia cerebral. Por otra parte no existe umbral de consumo seguro de alcohol para los cánceres digestivos ni para la hepatopatía crónica. La curva dosis-mortalidad para infarto tiene forma de J, pero para hepatopatía es exponencial y para cáncer digestivo es lineal³. El riesgo poblacional de cáncer por alcohol es bajo, pero comienza con la primera copa. Se estima que el riesgo de cáncer digestivo asociado al consumo de alcohol aumenta un 10-30% por cada 2 copas de alcohol consumidas por día³. A pesar de esto, y al contrario de lo que ocurre con el tabaco, es posible un con-

sumo moderado en adultos que haga compatible la salud con un razonable hedonismo. Sin embargo, no existe un beneficio general del consumo de alcohol, puesto que no disminuye la mortalidad general para el conjunto de causas, por lo que nunca deben darse recomendaciones generales como la de «beber es bueno para las coronarias»⁴.

¿Singularidades del vino frente a otras bebidas alcohólicas?

Una de las ideas que se han difundido en ciertos ámbitos sociales es que el vino tiene determinadas singularidades que lo hacen un producto más beneficioso que el resto de las bebidas alcohólicas. Es verdad que algunos estudios europeos de cierta envergadura, como el de Gronbaeck et al⁵, sí parecen apuntar en esa dirección. Sin embargo, los grandes estudios prospectivos estadounidenses, como el de Klatsky et al⁶, desarrollado en Alta California con 128.934 personas, concluyeron que la cerveza y los licores también reducían el riesgo de cardiopatía, aunque el vino parecía tener un efecto más intenso.

Una de las razones que van en contra de que el vino sea mejor que otras bebidas es que todas las bebidas alcohólicas, en dosis moderadas equivalentes, tienen un efecto antiagregante y aumentan las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad (HDL), y ambos fenómenos se asocian a bajas mortalidad y morbilidad coronaria. Los bebedores de vino tinto en dosis moderadas suelen llevar una dieta más saludable y pertenecer a grupos socioeconómicos más favorecidos. Estos factores de confusión y otros, como el patrón de consumo, habitualmente no se han tenido en cuenta al comparar los efectos de distintas bebidas alcohólicas en la salud. Tampoco hay que ocultar que los estudios europeos a menudo han sido financiados por institutos del vino y otras fuentes de financiación con potencial conflicto de intereses. Por lo tanto, la evidencia científica es tan débil que no se puede afirmar categóricamente un mayor efecto protector del vino contra el infarto en comparación con otras bebidas alcohólicas⁷.

Los entusiastas –y a menudo interesados– defensores del vino alegan que contiene flavonoides y taninos con efectos antioxidantes y antitrombóticos. El efecto antitrombótico de estas sustancias parece menos relevante que las dosis bajas de alcohol, pero algunos apuntan que supone hasta un 50% del efecto protector del vino. La otra mitad sería el alcohol en sí mismo. Pero si estas sustancias que están presentes en el vino tuvieran un efecto similar al de las dosis bajas de alcohol, no sería imprescindible el consumo de vino (ni bebidas con alcohol), dado que los flavonoides y los taninos se encuentran también en la uva y el mosto. Es decir, en prevención cardiovascular, un vaso de vino sería equivalente a un par de vasos de mosto⁷. Si el efecto de los flavonoides y taninos fuera tan importante en el proceso aterotrombótico, el balance beneficio/riesgo de consumir mosto o uva de mesa sería más favorable para prevenir el infarto que el consumo de vino o cualquier otra bebida alcohólica.

Consumo de alcohol en los adolescentes

Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables al consumo de alcohol y otras drogas. El cerebro no ha madurado y hay mayor susceptibilidad a sus efectos. Actualmente estamos en una situación en que el 64% de los menores consumen alcohol el fin de semana. En España un total de 750.000 jóvenes menores de edad se han emborrachado en el último mes, una buena parte de ellos, hasta 3 veces. Es especialmente grave la tendencia que se observa en este sector de la población, puesto que el 34% se emborracha todos los fines de semana, mientras que hace 10 años esta cifra era del 21%. Estos excesos ocasionan un daño cerebral irreparable en forma de muerte neuronal⁸. En una ciudad como Zaragoza en un solo día festivo ingresan 45 menores en los hospitales por coma etílico.

El principal problema de los menores es la vulnerabilidad al alcohol y el riesgo de problemas severos en la edad adulta. La edad de inicio es muy determinante para valorar esos riesgos. Recientemente se ha podido constatar que el 47% de los que empiezan a beber antes de los 14 años desarrollan una dependencia del alcohol en algún momento de su vida que no tiene que ser precisamente en la juventud. Los que esperan a los 21 años sólo lo hacen en un 9%, es decir, 5 veces menos⁹. Esta correlación se mantiene incluso cuando se ajustan los resultados por los riesgos genéticos de alcoholismo. Por esa y otras muchas razones en algunos países la edad mínima para la venta y el consumo de alcohol es 21 años.

Los adolescentes que se emborrachan los fines de semana obtienen malos resultados en la escuela y tienen muchas menos posibilidades de superar sus estudios. Las pruebas de memoria verbal y no verbal, concentración y ejercicio de las habilidades espaciales, como las necesarias para leer un mapa o montar una estantería, están alteradas en los adolescentes que abusan del alcohol. Esto también se ha evaluado en modelos de experimentación animal, observándose importantes daños cerebrales en el cerebro anterior y el hipocampo¹⁰. Los adolescentes que consumen mucho alcohol y que se emborrachan con frecuencia presentan atrofia en la zona del hipocampo cuando se les somete a una resonancia magnética. Estos daños se presentan mucho más extensos en los adolescentes que en los adultos¹¹. Según un riguroso estudio del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Duke, el consumo de alcohol en la adolescencia entraña consecuencias cognitivas a largo plazo, conduciendo al fracaso escolar y la falta de rendimiento laboral en la edad adulta. Eso también aumenta la susceptibilidad al consumo y adicción a las drogas ilegales que pueden ocasionar trastornos duales de manejo muy complicado¹². El alcohol provoca un trastorno en zonas del cerebro esenciales para el autocontrol, la motivación y la fijación de metas, y puede agravar vulnerabilidades genéticas y psicológicas ya existentes¹³. El suicidio es la segunda o tercera causa de muerte de los jóvenes de 15 a 34 años. La disponibilidad de alcohol tiene un papel determinante en los intentos de suicidio y suicidios consumados por los adolescentes¹⁴. Asimismo, el

consumo concentrado de altas dosis de alcohol se asocia con agresiones a personas conocidas o desconocidas que se cruzan en el camino del joven (o adulto) que ha bebido demasiado. El consumo de alcohol en los menores no se puede presentar como una simple desviación de tipo «cultural», sino un serio problema que compromete la salud general de las futuras generaciones.

Las conclusiones generales de todo lo expuesto anteriormente serían: *a)* debe individualizarse el consejo sobre consumo de alcohol en adultos; al abstemio nunca se le recomendará beber; *b)* en los adultos, la relación entre consumo de alcohol y riesgo de cardiopatía isquémica no es lineal, por lo que una dosis entre media y 1 copa (máximo 2) al día puede ser protectora en varones mayores de 40 años y mujeres posmenopáusicas; *c)* para enfermedad hepática y cáncer digestivo no hay un consumo seguro de alcohol, por lo que no se puede recomendar el vino ni el alcohol de forma universal; *d)* existe una relación lineal entre alcohol y lesiones de tráfico, y no hay ningún umbral de consumo seguro, y *e)* en los menores de edad, cualquier dosis de alcohol, incluido el vino, es perjudicial y peligrosa por sus efectos en la capacidad cognitiva, vulnerabilidad a la adicción a drogas ilegales, rendimiento escolar, riesgo de accidentes y suicidios. Por lo tanto, se recomienda evitar el consumo de bebidas alcohólicas hasta la mayoría de edad.

Agradecimientos

A Alicia Rodríguez-Martos por sus valiosas aportaciones, consejos y supervisión del manuscrito.

Rodrigo Córdoba García^a, Teresa Robledo^b,
Manel Nebot^b, Carmen Cabezas^b, M. Jesús Megido^b,
Fernando Marques^b, Elena Muñoz^b
y Francisco Camarrelles^b

^aCentro de Salud Universitario Delicia Sur. Zaragoza. España. ^bGrupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PÁPPS. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid. España.

Bibliografía

1. Da Luz PL, Coimbra SR. Wine, alcohol and atherosclerosis: clinical evidences and mechanism. *Braz J Med Biol Res.* 2004;37:1275-95.
2. Robledo T. Alcohol: tercer factor de riesgo en países desarrollados. *Aten Primaria.* 2006;38:313-5.
3. Anderson O, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction.* 1993;88:1493-508.
4. Al-Ghanem R, Marco A, Callao J, Lacruz F, Benito S, Cordoba R. Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas. *Aten primaria.* 2005;36:104-11.
5. Gronbaek M, Deis A, Sorensen Tim Becker U, Schnhor P, Jensen G. Mortality associated with moderate intakes of wine, beer or spirits. *BMJ.* 1995;310:1165-9.
6. Klatsky AL, Friedman GD, Armstrong MA, Kipp H. Wine, liquor, beer and mortality. *Am J Epidemiol.* 2003;158:585-95.
7. Szmítko PE, Verma S. Antiatherogenic potential of red wine: clinician update. *Am J Physiol Heart Cric Physiol.* 2005;288:2023-30.
8. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Plan Nacional de Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/pnd/observa/html/estudios.htm>
9. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence. Age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:739-46.
10. White AM, Swartzwelder HS. Age-related effects of alcohol on memory and memory-related brain function in adolescent and adults. *Recent Dev Alcohol.* 2005;17:161-76.
11. Anderson KG, Schweinsburg A, Paulus MP, Brown SA, Tapert S. Examining personality and alcohol expectancies using functional magnetic resonance imaging (fMRI) with adolescents. *J Stud Alcohol.* 2005;66:323-31.
12. Barron S, White A, Kraus CL, Swartzwelder H, Bell RL, Rodd Za, et al. Adolescent vulnerabilities to chronic alcohol or nicotine exposure: findings from the rodent models. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29:1720-5.
13. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2007;86:189-99.
14. Sher L, Zalsaman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolescent Med Health.* 2005;17:197-204.