

Artículo de Opinión

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

Seis caras de la relación del consumo de vino y la salud cardiovascular. Six faces of the relationship between wine consumption and cardiovascular health.

Ricardo López Santi¹, Adrián Baranchuk², Sohaib Haseeb²

En representación del grupo de Investigadores EVAH (*Evidence in Alcohol & Heart*): Bryce Alexander², Adrián D'Ovidio¹, Sergio Giménez¹, Carlos Secotaro¹, Diego Martínez Demaría¹, Luis María Pupi¹, Sonia Costantini¹, Daniel Piskorz¹, Alejandro Amarilla¹, Alberto Lorenzatti¹, Narcisca Gutiérrez¹, Wilma Hopman²

¹ Federación Argentina de Cardiología / ² Division of Cardiology, Kingston Health Sciences Centre, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 5 de Agosto de 2019

Aceptado después de revisión

el 17 de Agosto de 2019

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses

Palabras clave:

Consumo de vino.
Salud cardiovascular.

Keywords:

Vine consumption.
Cardiovascular health.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo con una cifra anual de 17,5 millones de defunciones por esta razón^{1,2}. La identificación de los factores de riesgo y de las principales herramientas de prevención ha sido crucial en el diseño e implementación de programas sanitarios, tanto en el abordaje individual como poblacional^{3,4,5}.

El consumo excesivo de alcohol establece también un riesgo sanitario, ya que según la Organización Mundial de la Salud, aparece como causante de más de 200 enfermedades que determinan 3,3 millones de muertes por año (5,9%)⁶.

Sin embargo el consumo leve a moderado de alcohol no ha sido reportado como un peligro para la salud cardiovascular y en el caso particular del vino, ha sido asociado con la prevención de enfermedades crónicas como la enfermedad coronaria, la diabetes y el cáncer^{7,8,9}.

El comportamiento de efecto neutro en consumo ocasional, potenciales beneficios en consumo leve y moderado¹⁰ y de perjuicio en consumo excesivo, es perfectamente asimilable al de los fármacos. Indudablemente esta consideración se da en un contexto complejo, dado que contrariamente a la administración de medicamentos, que usualmente ocurre en un marco de control por la participación del equipo de salud, el consumo de alcohol surge de la autoprescripción y carece de monitoreo de efectos, de no mediar la voluntad del individuo de realizar una consulta médica.

Para una correcta valoración de las acciones que corresponden en el plano individual, del agente de salud frente al paciente, o en el plano poblacional, del sistema sanitario frente a la población, es preciso definir los actores y contingencias que influyen en la toma de las decisiones.



FIGURA 1.

Seis caras de la relación del consumo de vino y la salud cardiovascular

Es objeto de esta revisión el realizar el análisis del consumo de vino en relación a la enfermedad cardiovascular, por tratarse de la bebida alcohólica con mayor sustento científico en la valoración de sus componentes y de evidencia en estudios clínicos.

El escenario puede ser caracterizado como una pieza de 6 caras (FIGURA 1), algunas de las cuales se presentan en oposición. Estas son:

- Connotación cultural y económica.
- Análisis de los componentes.
- Evidencia clínica.
- Recomendaciones de los organismos de salud.
- Posicionamiento de la comunidad médica.

- Comportamiento social frente al consumo de alcohol.

Cada una de ellas es analizada por separado para luego integrarse en una valoración final para la discusión.

- **Connotación cultural y económica.**

Sin dudas el consumo de vino esta ligado a la historia de la humanidad, en la medida que existe evidencia de cultivo de vides para la producción de vino que datan del 5400 AC, en lo que hoy es Irán¹¹. Luego las grandes culturas de la antigüedad supieron darle un lugar relevante en las costumbres de la época. La religión le confirió un sitial preponderante, al punto de representarlo en deidades como Baco o Dionisio. Mientras, Hipócrates le atribuyó al vino propiedades terapéuticas en relación a la desinfección y a la sedación¹² y el Imperio Romano incorporó esta bebida para sus legiones, considerándola más segura que al agua. Desde esta perspectiva es comprensible que se haya promovido el cultivo de vides en todo el Imperio extendiéndose por toda Europa. El cristianismo asimiló al vino como expresión de la sagrada sangre de Cristo y las santas escrituras testimonian el incuestionable valor que se le confirió en la comunidad hebrea. La propagación de esta religión de mano de los descubridores llevó luego la actividad vitivinícola al nuevo mundo.

Como caras de una misma moneda, el desarrollo del Islamismo en Medio Oriente y Asia condujo a la prohibición de su consumo, mientras que con la caída del Imperio Romano fueron los monasterios católicos el ámbito donde se guardó y desarrolló el conocimiento respecto del cultivo y producción.

Se entiende entonces que ha sido el legado cultural de los pueblos lo que ha promovido o detenido el consumo de alcohol.

También el arte ha mantenido viva la participación del alcohol reflejando el contexto social. Miguel Ángel, Tiziano, Velázquez, Shakespeare, Cervantes, están entre los muchos artistas que a lo largo de la historia han immortalizado al vino como un actor social¹³.

Desde lo económico el sustrato es igual de consistente. A partir de la masiva plantación de vides promovida por los romanos, el vino se transformó en una gran fuente de recursos movilizandolos economías regionales, en especial en torno a la cuenca del Mediterráneo. En la actualidad esta actividad se ha globalizado, ya que China es el principal productor de uvas, aunque los países europeos son los principales productores de vino. En el 2017 el saldo fue de 7,6 millones de hectáreas cultivadas, con un volumen comercial que superó los 30 mil millones de euros. En un estudio desarrollado por John Dunham & Associates, en Estados Unidos hay 50 estados productores que en términos de beneficios indirectos acreditan 43 millones de visitas turísticas por esta actividad y \$ 17.7 mil millones en gastos anuales de turismo, beneficiando a las economías locales y cuentas fiscales.

La influencia religiosa en las costumbres, su expresión en el arte y el espacio que ocupa en la economía mundial, le confieren a la producción y consumo del vino un presente sólido inserto en la vida del hombre de manera insoslayable.

- **Análisis de los componentes.**

Ha sido vastamente desarrollado el estudio de los componentes del vino y quizás sea esta la fuente de evidencia más consistente e incuestionable con que hoy contamos, a favor de los efectos beneficiosos de alguno de ellos^{14,15}. La postulación de la denominada "paradoja francesa" y la mayor consideración de la dieta mediterránea, han permitido que el foco de las investigaciones se oriente nuevamente hacia el vino y sus componentes. El postulado es que estos podrían demorar la evolución hacia las patologías crónicas como las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, e incluidas las neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular¹⁶. En el análisis de los mecanismos fisiopatológicos que podrían justificar que consumidores de vino adquieran estos beneficios, aparecen los efectos de los polifenoles, dentro de los cuales el más destacado es un no flavonoide denominado resveratrol^{17,18}. Más allá de los pregonados efectos antiinflamatorio y antioxidante se agregan otros como el de inhibir la protefina de agregación beta amiloide, aumentar el flujo cerebral y modular efectos intracelulares involucrados en procesos de sobrevida y muerte neuronal.

Está probada la acción inhibitoria sobre moléculas pro inflamatorias como la ciclooxigenasa 1 y 2 (COX 1 y 2) y sobre el factor de necrosis tumoral alfa¹⁹. Los efectos adversos de productos farmacológicos análogos al resveratrol esperan superarse mediante el aporte de las nanotecnologías. Así es que, efectos positivos en el perfil lipídico logrados con el consumo de vino tinto, no se obtienen con los extractos de polifenoles. En esta acción también está presente un polifenol flavonoide, la quercetina, con una potencia inferior al resveratrol.

También desde la investigación básica se ha determinado la interferencia positiva de los extractos de polifenoles del vino tinto con el desarrollo del cáncer de colon. En el cáncer de próstata se da una situación ambivalente: mientras el consumo de vino blanco puede incrementar el riesgo, el vino tinto lo reduce.

El etanol presente en el vino, también podría tener algún efecto positivo en la disminución de la presión arterial y en el mejoramiento del perfil lipídico siempre que se respete el consumo moderado²⁰.

- **Análisis de la evidencia clínica.**

En este campo es donde se suscita la mayor controversia²¹. Toda la evidencia que se va aportando desde la investigación básica no encuentra la validación deseada en el desarrollo de los estudios clínicos. Indudablemente en la era de los estudios controlados, todo lo que provenga de estudios observacionales no resulta del todo convincente. Los estudios randomizados que se han realizado suelen tener una muestra pequeña, que relativiza los resultados, sean estos positivos o negativos.

El primer llamado de atención sobre efectos positivos para prevenir la enfermedad coronaria fue dado por la publicación de Renaud y Logeril en Lancet de 1992²² y que

hoy conocemos como la paradoja francesa. El postulado respecto de que el vino podía balancear cierta ingesta de grasas saturadas en la dieta de los franceses, potenció el interés por la influencia de la dieta Mediterránea, que fue eje en el proyecto **MONICA** (*Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease*) y en el estudio **PREDIMED** (*Prevención con dieta mediterránea*)²³. Los resultados de varias observaciones clínicas, se fortalecieron por esta tendencia positiva, que a pesar de no tener esa evidencia incontrovertible de los ensayos controlados, tampoco ha mostrado fisuras como para llevar al descreimiento de los beneficios del consumo leve y moderado.

Es muy interesante el análisis del estudio **PRIME** (*Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction*)²⁴, que comparó una población de Belfast, Irlanda, con 3 centros de Francia incorporando cerca de 10 mil pacientes libres de eventos cardiovasculares previos. En el seguimiento se valoró la ingesta de alcohol y la presencia de eventos. El centro irlandés mostró más consumo de cerveza (75%) con un promedio de 22,1 g/día de alcohol mientras que los centros franceses tuvieron un predominio de consumo de vino (91,8%) con un promedio mayor de consumo de alcohol, 32 g/día. Los irlandeses tuvieron más bebedores compulsivos con mayor ingesta de fin de semana, mientras que en los franceses predominaron los bebedores regulares. En el seguimiento de 10 años el promedio de eventos cada 1000 personas por año fue de 5,63 en Irlanda (95% confidence interval 4.69 to 6.69) y de 2,68 en Francia (95% CI 2.41 to 3.20). Los bebedores compulsivos tuvieron el doble de riesgo de evento que los bebedores regulares y curiosamente los no bebedores equipararon a los primeros. Esta última es una observación simplemente, pero que resulta sugestiva desde la perspectiva de quienes abogan por defender el consumo moderado de alcohol. Recientemente se ha publicado el estudio **CARDIA** (*Coronary Artery Risk Development in Young Adults*)²⁵. Se reclutaron 5115 individuos, aparentemente sanos, en 4 localidades de Estados Unidos, con edades entre 18 y 30 años y sobre los cuales se hizo un seguimiento a lo largo de 20 años, estableciéndose el perfil de consumo de alcohol por auto reporte y los cambios de la estructura cardiaca mediante ecocardiografía. En cuanto a los parámetros ecocardiográficos de remodelamiento hubo una débil correlación con el consumo excesivo de alcohol. Respecto al tipo de bebida, los consumidores de vino mostraron un comportamiento interesante, al mostrar una disminución de diámetros del ventrículo izquierdo y de la aurícula izquierda, y un incremento de la fracción de eyección.

Estos trabajos reflejan el perfil de los aportes de la investigación clínica en este campo, que según desde la perspectiva desde la cual se los evalúe, serán más o menos consistentes.

• *Organismos de salud.*

El posicionamiento de los Organismos de salud se ha referido casi exclusivamente al control del consumo excesivo de alcohol, a la luz de las implicancias de morbilidad

TABLA 1.
Concentración alcohólica por bebida

Bebida	Graduación alcohólica
Cerveza	2.5-11.5 %
Vino	5.5-19 %
Jerez	15-20 %
Aguardiente	28-60 %
Brandy	36-40 %
Ron	37-43 %
Tequila	37-45 %
Bourbon	37-45 %
Vodka	37.5-42 %
Coñac	40%
Whisky	40-62 %
Ginebra	45-60 %
Mezcal	55%

que este tiene. Esto ha promovido guías tratando de establecer cuales son los límites de consumo.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto una unidad de medida de consumo denominada Unidad de Bebida Estándar (UBE), que equivale a 10 g de alcohol. Sin embargo los distintos países han adoptado diferentes valores, aportando una gran confusión.

Esta tiene en cuenta la concentración de alcohol de cada bebida para establecer cual es la cantidad exacta que se puede consumir en cada caso.

Hace la diferenciación entre el consumo para hombres (2 UBE/día con 2 días sin tomar) y mujeres (1 UBE/día con 2 días sin tomar). No realiza ninguna distinción por tipo de bebida en cuanto a beneficio/perjuicio.

La **TABLA 1** muestra una lista de bebidas con su concentración alcohólica.

Para calcular los gramos de alcohol que tiene una determinada medida hay que aplicar la siguiente fórmula.

$$\text{Gramos de Alcohol} = \frac{\text{Volumen (Expresado en cc)} \times \text{Grados de Alcohol} \times 0.8}{100}$$

Quizás uno de los aspectos que ha conducido a mayor confusión, ha sido la disparidad de criterios con que las autoridades sanitarias de distintos países han establecido los límites recomendados de consumo²⁶. La **TABLA 2** muestra algunos ejemplos extraídos del reporte de la *Alliance for Responsible Drinking (IARD)*

• *Comunidad médica.*

En un escenario complejo, dado por las grandes expectativas alentadas por la investigación básica, la moderada consistencia de las observaciones clínicas y la gran confusión generada en la comunicación de los organismos de salud, es importante valorar el comportamiento de la comunidad médica. En este sentido acabamos de publicar el resultado de una encuesta realizada a 745 médicos, en su mayoría cardiólogos de Argentina²⁷, un país que está en-

TABLA 2.

Estudios prospectivos y controlados.

PAIS	FUENTE	HOMBRE	MUJER	UBE
Argentina	Ministerio de Salud	2 tragos/día	1 trago/día	14
	Guías de alimentación (2015)			
Canadá	Canadian Centre on Substance Abuse,	15 tragos/semana no más de 3 tragos/día	10 tragos semana no más de 2 tragos/día	13,5
	Low Risk Alcohol Drinking Guidelines	No más de 4 tragos en una ocasión	No más de 3 tragos en una ocasión	
Finlandia	National Institute for Health and Welfare,	20 g/día	10 g/día	12
	Factsheet: Alcohol health risks for healthy adults (2016)			
Francia	Alcool-info-service (May 2017), based on Public Health France and National Cancer Institute, Expert opinion (May 2017) commissioned by the Interministerial Mission for Combating Drugs and Addictive Behaviors (MILDECA) and the Ministry of Health Directorate General of Health (DGS).	Hasta 20 g/día o 100 g/semana	Hasta 20 g/día o 100 g/semana	10
Alemania	Federal Center for Health Education, Know Your Limit	Hasta 24 g/día	Hasta 12 g/día	[ninguna]
	Center for Addiction Issues, Factsheet: Alcohol and Health Risks (2014)			
España	Ministry of Health, Social Services and Equality,	Hasta 40 g/día o 280 g/semana	Hasta 20 g/día o 170 g/semana	10
	Healthy Lifestyles: Risky and harmful alcohol consumption(2016)			
Reino Unido	Department of Health, UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines 2016	Hasta 112 g/semana	Hasta 112 g/semana	8
	National Health Service, Alcohol Misuse			
Estados Unidos	Department of Agriculture and Department of Health & Human Services, Dietary Guidelines for Americans 2015-2020	Hasta 28 g/día	Hasta 14 g/día	14
	Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Administration on Aging, Older Americans behavioral health Issue brief 2: Alcohol misuse and abuse prevention 2012	Más de 60 años de edad: hasta 12 g/día o 84g/semana, nunca más de 36g en una vez	Más de 60 años de edad: hasta 12 g/día o 84g/semana, nunca más de 24g en una vez	
		Up to 56 g/day on any one day, up to 196g/week; if aged over 65: up to 42g on any one day, up to 98g/week	Up to 42g on any one day, up to 98g/week	

tre los primeros diez productores y consumidores de vino del mundo. Un 24% de los encuestados consideró que cualquier medida de alcohol es perjudicial para la salud, mientras que el 71% expresó que el consumo moderado es beneficioso. De estos últimos la mitad atribuyó este efecto al consumo de vino.

El conocimiento de las guías manifestado por los encuestados fue bajo, como muestra la FIGURA 2.

Según lo expresado por los médicos, el grado de satisfacción con el conocimiento de las guías también es bajo. Solo el 41% refirió conocer el significado de la Unidad de bebida estándar y más del 80% consideró esta métrica confusa.

Las conclusiones del trabajo llevan a pensar en la necesidad de establecer guías estandarizadas que se puedan aplicar a nivel universal.

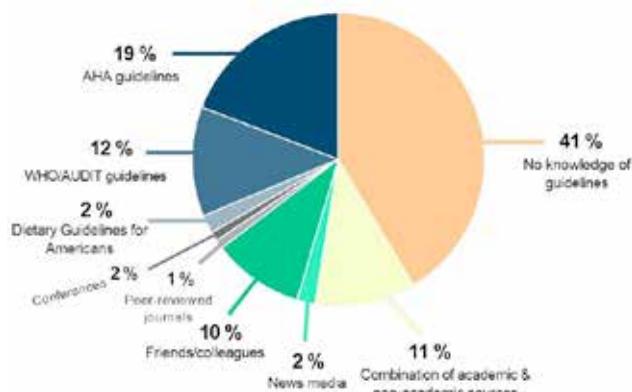


FIGURA 2. Conocimiento de las guías manifestado por los encuestados. Tomado de Diseases 2018; 6: 77.

• *Comportamiento social.*

Este aspecto presenta una relación indirecta con el objeto de esta revisión, pero de impacto en la mirada de los decisores de salud.

Uno de los mayores problemas que afronta el sistema sanitario respecto del alcoholismo es el particular impacto en el grupo etario de individuos entre 20 a 39 años, ya que en ellos es motivo del 25% de las defunciones. Quizás en este aspecto es donde radica el mayor obstáculo para aceptar que un consumo leve y moderado pueden brindar beneficios.

En una encuesta desarrollada en Japón²⁸ a 594 jóvenes por encima de 20 años (edad permitida para beber en ese país) con el objetivo de determinar consumo y razones para beber en exceso, se estableció que tanto en hombres como en mujeres el principal motivo para hacerlo fue "sentirse feliz o estar de buen humor". En los hombres se agregó para "liberar el estrés" y en las mujeres "para facilitar las relaciones interpersonales" y "para olvidar algo malo".

A pesar de que se han implementado políticas de control al respecto, los resultados todavía distan de ser satisfactorios. Por ejemplo en Estados Unidos la *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*²⁹ en jóvenes de 18 a 25 años, ha mostrado una leve reducción de quienes reportan borrachera en los 30 días previos a la encuesta a lo largo de casi tres décadas (44,6% en 1988 a 37,7% en 2014).

La Organización Panamericana de la Salud ha advertido que el consumo de alcohol en América es un 40% mayor que en el resto del mundo y que los más vulnerables a los efectos nocivos son las mujeres y aquellos que pertenecen a los niveles socio económico más bajos. Accidentes de tránsito, violencia familiar, suicidios, desinserción social, enfermedad, son diferentes aristas del alcoholismo.

DISCUSIÓN

El consumo de vino está arraigado en los hábitos alimentarios de gran parte de la población mundial y constituye una de las aéreas de desarrollo de la economía de muchos países, ya sea por tratarse de productores o de consumidores.

La imagen de seis caras en la relación del consumo de vino y la salud cardiovascular busca echar luz sobre un complejo escenario caracterizado por la confusión, respecto de evidencias, conocimiento y recomendaciones.

El consumo excesivo de alcohol, incluido el de vino, no ofrece discusión respecto de los perjuicios sanitarios, sociales y económicos que acarrea. La problemática de esta situación en jóvenes amerita un debate profundo, pero que no hace en esencia a la propuesta de esta revisión.

El consumo moderado de vino, en especial de la variedad tinto, ofrece evidencias positivas sólidas en el campo de la investigación básica, en relación a los efectos de los polifenoles, particularmente del resveratrol. Las observaciones clínicas muestran evidencia menos sólida, pero con una tendencia claramente a favor, lo que lleva considerar que si bien no hay argumentos para estimular el consumo como una acción de prevención, no existe ninguna razón para no recomendar el consumo moderado en aquellos habituados a beber. El consumo de vino con menor contenido de alcohol podría ser una línea de investigación a futuro, en el afán por reducir los efectos adversos, manteniendo los componentes que se consideran más beneficiosos y que se encuentran contenidos en el hollejo de la uva.

Es importante destacar como mensaje a la comunidad, que los potenciales aportes beneficiosos del consumo se deben dar en el contexto de una alimentación sana y que este no obvia todas las medidas para optimizar el estilo de vida, piedra angular de la prevención.

Se considera crucial la unificación de las recomendaciones que emanan de los organismos de salud y de las instituciones científicas. Al respecto, el primer paso sería adoptar un criterio universal para las consideraciones de la unidad de bebida estándar. Una vez establecida la unidad de medida, deberían configurarse tablas de consumo cuya información estuviera en los etiquetados de productos, en aplicaciones para teléfonos móviles y accesibles en los portales institucionales. Esta información debería ser utilizada para dar sustento a legislaciones que protegieran a la comunidad y que regularan la producción y comercialización de estos productos.

Por último se hace menester fortalecer la capacitación de los equipos de salud respecto de la valoración del consumo de todo tipo de bebida alcohólica en los pacientes, del conocimiento de las guías y de la adecuada comunicación a la población.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO – Global Health Observatory (GHO) data http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* **2012**; 380: 2095-2128.
3. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* **1997**; 349: 1436-42.
4. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. vols 1 and 2. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004: 224.