

COMENTARIO EDITORIAL

Alcohol y corazón: el vaso medio vacío o el vaso medio lleno

Ricardo López Santi

Las últimas décadas han colocado al consumo de alcohol y su impacto en la salud en el centro de una división de aguas, establecida por quienes lo posicionan como causal, o al menos factor de riesgo, de ciertas enfermedades y trastornos sociales y quienes rescatan el poder protector vascular de algunos de sus componentes.

En los extremos es posible reconocer algunas verdades que hoy no ofrecen mayores discusiones. No hay duda de la relación entre consumo excesivo y el daño hepático (1) ó la afectación miocárdica (2). El alcohol en exceso es perjudicial para la salud, entidad que es reconocida por la Organización Mundial de Salud (OMS) bajo el término de alcoholismo, pudiendo éste expresarse como un abuso en el consumo, o como dependencia del alcohol (3). Según el organismo internacional, el alcoholismo es causa de 3,3 millones de muertes en el mundo por año, lo que representa el 5,9% del total de las defunciones, con un particular impacto en el grupo etario de individuos entre 20 a 39 años en los que el 25% de las defunciones son atribuibles a esta causa. Europa es el continente más afectado con tasas por país que pueden superar el 17%. En este contexto sanitario existe aún dentro de las mismas comunidades subgrupos de comportamientos diferentes (4). A instancias de la OMS, los países desarrollados han implementado estrategias de vigilancia epidemiológica, como son The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) y The National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) en Estados Unidos ó El Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD).

A pesar de que el alcoholismo es un claro desafío sanitario, no es tan claro el escenario que involucra a poblaciones con consumo moderado.

Al momento de establecer cuál es la magnitud de la amenaza que el consumo de alcohol representa, hay evidencias epidemiológicas que muestran que en términos de morbi mortalidad, existen otros hábitos como el consumo de tabaco, que son mucho más determinantes que el consumo de bebidas alcohólicas (5). Quizás exista un balance dado por quienes consumiendo en un grado leve

a moderado sacan provecho de aspectos beneficiosos de algunos componentes que estas contienen. Desde esta otra perspectiva, encontramos evidencia científica que a partir de una valoración bioquímica y de observaciones intra laboratorio, puede dar explicación a algunas observaciones poblacionales un tanto más positivas. Esto ocurre de manera más específica cuando se analiza por ejemplo el consumo de vino (6,7).

Las observaciones poblacionales longitudinales han aportado información que no ha permitido dilucidar con claridad los disensos respecto del consumo de alcohol. Existen zonas grises como por ejemplo el cruce entre consumo moderado con la obesidad (8) o con los niveles plasmáticos de la fracción HDL del colesterol (9).

El estudio CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) presentado por Patricia Rodrigues y col. (10) expresa todas las bondades y limitaciones de los estudios de cohorte. En este tipo de ensayos el peso específico del seguimiento prospectivo a largo plazo y la densidad de información obtenida, suelen confrontar con algunas cuestiones metodológicas propias de los estudios en el mundo real. En esta oportunidad el estudio CARDIA fue desarrollado con el objetivo de establecer la relación entre consumo de alcohol y el remodelado cardiaco. 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. Fueron excluidos los pacientes que al inicio presentaban una fracción de eyección inferior a 55% y aquellos de los que a lo largo del seguimiento no se obtuvo la información suficiente. La evaluación final fue sobre 2368 individuos.

Se estableció el perfil de consumo de acuerdo al tipo de bebida (cerveza, vino o licor) y de las cantidades auto referidas por semana. En cuanto a la valoración de los parámetros ecocardiográficos fue realizada mediante modo M (tamaño de aurícula izquierda, masa ventricular) y modo B (volúmenes y fracción de eyección) ajustados cuando correspondía por la superficie corporal.

Al final del seguimiento solo 16 pacientes presentaron insuficiencia cardíaca y 4 fallecieron por causa cardiovascular. En cuanto a los parámetros ecocardiográficos de remodelado 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.

Los autores reconocen varios aspectos metodológicos, que obligan a tomar con cautela los resultados. Entre ellos se destacan las limitaciones de los auto reportes respecto del consumo, el contar con un escaso número de individuos presentando consumo excesivo de alcohol y la probable influencia de ciertas variables que actúan como confundidores. A estos se podrían sumar otros relacionados con la metodología para evaluar el remodelado o con el perfil basal de la población en estudio. El 40% de los participantes eran obesos, particularmente en el grupo de no bebedores, donde la prevalencia ascendió al 53%. El índice de masa corporal es en definitiva una condición que puede afectar algunos de los parámetros ecocardiográficos evaluados. También debe considerarse que en el seguimiento aparecieron otras comorbilidades, como un 9,3 % de diabetes y un 31% de hipertensión arterial. Se establece así que la valoración del consumo de alcohol se realizó en una población que fue sumando años y factores de riesgo.

Otro aspecto es lo que respecta a la valoración del remodelado. A la luz del desarrollo actual del abordaje mediante multimódes, haría pensar a muchos que se hubiese obtenido mayor exactitud en las mediciones si se hubiese contado al comienzo del seguimiento, de herramientas actuales como el doppler tisular o el strain tridimensional (11). Por atractiva que esta perspectiva pueda resultar, no puede desconocerse que alteraciones estructurales significativas habrían sido detectadas normalmente con las herramientas utilizadas en el ensayo.

Ante la imposibilidad, por razones éticas, de llevar adelante ensayos aleatorizados para estudiar el impacto del consumo de alcohol, toda información extraída de estudios observacionales, implementados en el mundo real, debe ser considerada como de valor para elaborar estrategias basadas en la evidencia.

En el caso del estudio CARDIA la información valiosa es el nulo impacto miocárdico en el grupo con consumo moderado de alcohol (52% de participantes con un consumo entre 1 y 6 medidas estándar por semana) y en presencia de factores de riesgo tales como obesidad, hipertensión arterial y diabetes. Además, luego de 20 años de seguimiento en el grupo que consumió vino, se encontró mejoría de algunos parámetros ecocardiográficos, contribuyendo con evidencia, a las observaciones que llevaron a establecer “la paradoja francesa” (12).

Seguramente estos resultados, por su tendencia o por sus limitaciones, consolidan la distancia entre los que sostienen el no consumo o los que alientan el consumo moderado. En medio de la división de aguas, gran parte de la comunidad médica reclama una nueva toma de posición, con pautas más claras para compartir tanto a nivel individual en el manejo del paciente, como también en la comunicación formal a la comunidad. Hay clara evidencia que muestra que los médicos, en especial especialistas en cardiología, no tienen adecuado conocimiento de lo que sugieren las guías respecto del consumo de alcohol, ni tampoco se sienten cómodos en el manejo de las medidas de consumo (13). El estudio CARDIA enuncia que un consumo moderado no implica riesgo para la estructura miocárdica. Sin embargo ¿interpretan quienes leen el trabajo a que cantidades de vino, cerveza o licor corresponden ese nivel de consumo?

Los modestos aportes de los estudios observacionales sumados a la ausencia de claridad en las guías clínicas, siguen dando espacio para pensar en el beneficio de un vaso medio vacío o quizás, en el de un vaso medio lleno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rehm, J., Samokhvalov, A. V. & Shield, K. D. Global burden of alcoholic liver diseases. *J. Hepatol.* 59, 160-168 (2013).
2. Gavazzi A, De Maria R, Parolini M, et al. Alcohol abuse and dilated cardiomyopathy in men. *Am J Cardiol* 2000;85:1114-8.
3. Madden JS. The definition of alcoholism. *Alcohol.* 1993;28:617-620.
4. Delker E, Brown Q, Hasin DS. Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol Res.* 2016;38(1):7-15.
5. Lhachimi SK, Nusselder WJ, Smit HA, et al. Potential health gains and health losses in eleven EU countries attainable through feasible prevalences of the life-style related risk factors alcohol, BMI, and smoking: a quantitative health impact assessment. *BMC Public Health.* 2016;16:734. Published 2016 Aug 5. doi:10.1186/s12889-016-3299-z
6. Haseeb S., Alexander B., Baranchuk A. Wine and cardiovascular health: A comprehensive review. *Circulation.* 2017;136:1434-1448
7. Haseeb S., Alexander B., Santi R.L., Liprandi A.S., Baranchuk A. What's in wine? A clinician's perspective. *Trends Cardiovasc. Med.* 2018 doi: 10.1016/j.tcm.2018.06.010
8. Traversy G, Chaput JP. Alcohol Consumption and Obesity: An Update. *Curr Obes Rep.* 2015;4(1):122-30.
9. Huang S, Li J, Shearer GC, et al. Longitudinal study of alcohol consumption and HDL concentrations: a community-based study. *Am J Clin Nutr.* 2017;105(4):905-912.
10. Rodrigues P, Santos-Ribeiro S, Teodoro T, Gomes FV. Association Between Alcohol Intake and Cardiac Remodeling. *J Am Coll Cardiol.* 2018 Sep 25;72(13):1452-1462. doi: 10.1016/j.jacc.2018.07.050.
11. Xu L, Huang X, Ma J, Huang J, Fan Y, Li H, Qiu J, Zhang H, Huang W. Value of three-dimensional strain parameters for predicting left ventricular remodeling after ST-elevation myocardial infarction. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2017 May; 33(5):663-673. Epub 2017 Feb 1.
12. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet Lond Engl* 1992;339:1523-6.
13. Lopez Santi R, Haseeb S, Alexander B, Baranchuk A et al. Attitudes and Recommendations of Physicians towards Alcohol Consumption and Cardiovascular Health: A Perspective from Argentina. *Diseases.* 2018;6(3):77. Published 2018 Sep 1. doi:10.3390/diseases6030077