

Mortalidad atribuible al alcohol en Andalucía

L. Abdel-Kader Martín^a, M.A. Nieto García^a, M. Conde Herrera^{a,b} y M.M. Rosado Martín^c

^aFacultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

^bHospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud.

^cServicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.

OBJETIVO. Cuantificar la mortalidad directamente atribuible al consumo de bebidas alcohólicas en Andalucía en el año 1999.

METODOLOGÍA. Se obtuvo la mortalidad atribuible al alcohol (MAA) específica por género para cada causa específica de defunción, aplicando las correspondientes fracciones poblacionales atribuibles al alcohol (FPAA) a los datos oficiales de mortalidad en Andalucía. Se calcularon los años de vida potencialmente perdidos para cada causa de muerte relacionada con el consumo de alcohol.

RESULTADOS. Son atribuibles al consumo de alcohol el 4,3% de las defunciones totales del año 1999 en Andalucía, un 5,5% de las muertes de hombres y un 2,9% de las muertes de mujeres. Las enfermedades cerebrovasculares aportan una quinta parte de las defunciones atribuidas al alcohol (37% en mujeres), seguidas de los accidentes de tráfico (14%), cánceres de esófago (8%), estómago (7%) y suicidios (7%). El alcohol es responsable de un adelantamiento promedio de la defunción en 8,3 años para ambos sexos y todas las causas de mortalidad relacionadas con el alcohol, siendo los accidentes, intencionales y no intencionales, los responsables de las cifras medias más elevadas de mortalidad prematura.

CONCLUSIONES. Las causas de defunción relacionadas con el consumo de alcohol siguen originando una importante mortalidad prematura en Andalucía.

Palabras clave: alcohol, Andalucía, años potenciales de vida perdidos, fracción atribuible, mortalidad prematura, mortalidad evitable.

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es un importante problema de salud pública en los países desarrollados, en los

Correspondencia: A. Nieto García.
Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.
Departamento de Ciencias Sociosanitarias.
Avda. Sánchez Pizjuán s/n. 41009 Sevilla.
Correo electrónico: adora@us.es

Recibido el 2-08-2002; aceptado para su publicación el 26-12-2002.

OBJECTIVE. Quantify the mortality that is attributable to alcoholic drink consumption in Andalucia in 1999.

METHODOLOGY. The specific mortality that is attributable to alcohol (MAA) by gender was obtained for each specific cause of death, applying the corresponding population fractions that can be attributed to alcohol (PFAA) to the official mortality data in Andalucia. The years of potentially lost life were calculated for each cause of death related with alcohol consumption.

RESULTS. A total of 4.3% of the total deaths in 1999 in Andalucia, 5.5% of the deaths of males and 2.9% of the deaths of women are attributable to alcohol consumption. Cerebrovascular diseases contribute one fifth of the deaths attributable to alcohol (37% in women), followed by traffic accidents (14%), esophageal cancers (8%), stomach cancer (7%), and suicides (7%). Alcohol is responsible for the average advance of death by 8.3 years for both genders and all the alcohol related mortality causes, accidents, both intentional and non-intentional, being responsible for the highest mean values of premature mortality.

CONCLUSIONS. The causes of death related with alcohol consumption continue to produce significant premature mortality in Andalucia.

Key words: alcohol, Andalucia, potential years of lost life, attributable fraction, premature mortality, avoidable mortality.

que se han conseguido evitar o reducir otras causas de morbimortalidad. Es bien conocido el efecto del alcohol como factor de riesgo de diversas enfermedades y causas de muerte tanto como consecuencia de la intoxicación producida por consumos puntuales excesivos como por enfermedades crónicas derivadas de la ingesta mantenida durante años. De hecho, se estima que las defunciones por cáncer atribuibles al alcohol constituyen el 3% de la mortalidad por cáncer en el mundo desarrollado¹.

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de cáncer del tracto respiratorio superior y del aparato digestivo; concretamente existe una relación causal demostrada entre el alcohol y las neoplasias de la cavidad bucal, faringe, esófago y laringe². La ingesta elevada de alcohol afecta también al sistema cardiovascular, incrementando el riesgo de desarrollar arritmias cardíacas y cardiomiopatía alcohólica³⁻⁵. El alcohol produce la acumulación de lípidos en el hígado dando lugar al hígado graso, desorden subclínico que en ocasiones puede producir fallos hepáticos y hepatitis alcohólica, una alteración más grave que no revierte con la supresión del consumo de alcohol y puede actuar como precursora de la cirrosis hepática⁶.

El consumo de bebidas alcohólicas se asocia a accidentes de todo tipo: laborales, de tráfico, causados por fuego, ahogamientos por sumersión y caídas. Se atribuyen al alcohol entre un 30% y un 50% de los accidentes de vehículo a motor y entre el 20%-30% de los accidentes de tráfico que implican lesiones de mayor gravedad. El riesgo de sufrir o provocar un accidente se incrementa exponencialmente con concentraciones en sangre superiores a los 0,5 gramos de etanol por litro⁷⁻⁹.

Además, los efectos tóxicos del alcohol sobre el sistema nervioso sugieren una posible estimulación del pensamiento suicida en pacientes predispuestos, estimándose que alrededor del 30% de los suicidios están precedidos del consumo de bebidas alcohólicas¹⁰. Adicionalmente, un consumo excesivo y prolongado de bebidas alcohólicas puede causar un amplio abanico de enfermedades psicóticas graves e irreversibles, como la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakoff y el *delirium tremens* con alucinaciones alcohólicas.

Aunque la tendencia en el consumo global de bebidas alcohólicas es decreciente tanto a nivel nacional como en la comunidad autónoma andaluza¹¹, la última Encuesta Nacional de Salud, llevada a cabo en el año 1997, muestra¹ que el 65,2% de la población adulta española consume habitualmente bebidas alcohólicas y el 7% son bebedores de riesgo, es decir, ingieren más de 80 g de etanol diarios en el caso de los hombres y más de 40 g las mujeres. La distribución del consumo de bebidas alcohólicas es desigual según la edad y el género con una proporción máxima de población abstemia en mujeres con 65 y más años de edad (75,2%) mientras que, por el contrario, el 86,1% de los hombres de 25 a 44 años ingieren habitualmente alguna cantidad de alcohol. La ingesta alcohólica excesiva es muy superior en los hombres, con un máximo entre 45 y 64 años de edad (6,3%).

Este estudio tiene como objetivo cuantificar la mortalidad directamente atribuible al consumo de bebidas alcohólicas en Andalucía en el año 1999.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos llevado a cabo un estudio ecológico cuya base son la totalidad de las defunciones de los residentes en Andalucía registradas en el año 1999, obtenidas a partir de las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Esta-

dística (INE). Se han seleccionado e incluido todas las causas de muerte relacionadas con el alcohol, distribuidas según edad y género, partiendo de la lista reducida de mortalidad (166 causas de la Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Defunción, décima revisión).

Las defunciones directamente atribuibles al alcohol en cada una de estas causas de defunción se han estimado siguiendo la metodología descrita y aplicada por Schultz al cálculo de la mortalidad atribuible al alcohol (MAA) en EE.UU.¹². Las defunciones atribuidas al alcohol son el resultado de multiplicar las fracciones poblacionales atribuibles al alcohol (FPAA) por las defunciones registradas con limitaciones fijadas según edad y género.

En el caso de la mortalidad por enfermedades hipertensivas (rúbrica 054), la lista reducida de mortalidad no discrimina entre hipertensión esencial y de otros orígenes, pero la FPAA se aplica sólo a las defunciones por enfermedad hipertensiva esencial; por tanto, se han estimado las defunciones por hipertensión esencial aplicando las proporciones registradas en la distribución de defunciones del mismo año en el conjunto nacional. Aunque sería preferible contar con una desagregación detallada de las defunciones por enfermedad hipertensiva esencial en Andalucía, esta estimación a partir de la proporción promedia nacional evita que sobredimensionemos las defunciones atribuidas al alcohol aplicando las FPAA a la totalidad de la mortalidad por enfermedades hipertensivas. En el resto de las causas de defunción asociadas al alcohol se trabaja sobre las registradas, sin necesidad de establecer estimaciones.

En la mortalidad por cáncer de laringe y por cáncer de labio, cavidad oral y orofaringe, las FPAA son específicas y diferentes para cada género, como un reflejo de los conocimientos actuales sobre la interacción de tabaco y consumo de alcohol en la etiología de estas localizaciones oncológicas¹ unido a la diferente prevalencia del tabaquismo por género en Andalucía¹¹.

No ha sido posible incluir las defunciones registradas por cardiomiopatías, gastritis y pancreatitis de origen alcohólico, debido a la limitación ejercida por la necesaria utilización de la lista reducida de mortalidad.

La mortalidad prematura se ha valorado a través del indicador de años potenciales de vida perdidos (APVP) por fallecimientos registrados en edades inferiores a los 65 años, calculado según la metodología descrita por Romeder¹³. Inicialmente este indicador fue descrito para el cálculo de la mortalidad registrada con anterioridad a los 70 años de edad, y conceptualmente sería razonable que su cálculo se relativizara no tanto con respecto a un límite prefijado de defunción, bien sea 70 ó 65 años de edad, sino con respecto a la esperanza de vida en cada momento. Sin embargo, en la práctica, se calcula siempre respecto a un límite fijo de edad para poder establecer las adecuadas comparaciones temporales o geográficas. En este caso hemos elegido el límite de los 65 años para el cálculo de mortalidad prematura para que los resultados de nuestros cálculos pudieran compararse con los de

análisis similares realizados en otras áreas geográficas dentro de España^{14,15}.

Es posible la existencia de errores de información al completar la causa fundamental de muerte y de codificación en el tratamiento de los certificados de defunción que podrían sesgar la información analizada sobre mortalidad por causas, pero la larga tradición del uso de las estadísticas de defunción como herramienta para monitorizar la evolución del estado de salud de la población ha tenido como efecto el constatado aumento progresivo de la calidad de esta fuente de información (no olvidemos que las estadísticas de mortalidad se publican anualmente en España desde 1900 y sus usos son múltiples, sanitarios y no sanitarios).

Para la realización de los cálculos se ha definido una hoja de cálculo mediante el programa EXCEL de Office 2000 (Microsoft).

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las FPAA, el límite inferior de aplicación de dichas fracciones, las defunciones totales y

atribuibles al alcohol según las diferentes causas de mortalidad en hombres, mujeres y el total para ambos géneros.

Durante el año 1999 se produjeron 18.098 defunciones por causas relacionadas con el consumo de alcohol, de las cuales 2.659 son atribuibles directamente a la ingesta de bebidas alcohólicas. Estas defunciones atribuibles al alcohol son el 4,3% de las 62.163 defunciones totales de dicho año en Andalucía.

La distribución porcentual fue desigual en cuanto a géneros; las defunciones atribuibles al alcohol en mujeres fueron sólo 840, un 31,6% del total, y un 2,9% de las 29.331 defunciones de mujeres en Andalucía en 1999. Los hombres sumaron 1.819 defunciones atribuibles al alcohol, un 68,4% del total y un 5,5% de las 32.832 defunciones de hombres en Andalucía en dicho año.

En la distribución por causas, las enfermedades cerebrovasculares aportan el 20,2% de las muertes atribuibles al alcohol, correspondiendo el segundo lugar a los accidentes de tráfico de vehículo a motor (14,4%), seguidos de los cánceres de esófago (7,5%) y laringe (6,7%) y los suicidios y lesiones autoinflingidas (7,3%). La agrupación de

Tabla 1. Fracciones poblacionales y mortalidad atribuible al alcohol en varones, mujeres y ambos géneros según causa de defunción. Andalucía, 1999.

Diagnósticos (Código CIE ^a)	FPAA ^b (años ^c)	Hombres		Mujeres		MAA ^d (%)
		Total	MAA ^d	Total	MAA ^d	
Neoplasias malignas						
Labio, cavidad oral y faringe (000-014)	0,50 ^e (≥ 35)	311	156	46	18	174 (6,5)
Esófago (015)	0,75 (≥ 35)	230	173	34	26	199 (7,5)
Estómago (016)	0,20 (≥ 35)	498	100	284	57	157 (5,9)
Hígado,vías intrahepáticas (022)	0,15 (≥ 35)	509	76	269	40	116 (4,4)
Laringe (032)	0,50 ^b (≥ 35)	345	173	12	5	178 (6,7)
Trastornos mentales						
Por el alcohol (010)	1,00 (≥ 15)	51	51	0	0	51 (1,9)
Enfermedades cardiovasculares						
Hipertensivas (054)	0,03 (≥ 35)	235	7	537	16	23 (0,9)
Cerebrovasculares (059)	0,07 (≥ 35)	3.188	223	4.466	313	536 (20,2)
Enfermedades respiratorias						
Tuberculosis (002)	0,25 (≥ 35)	90	23	38	10	33 (1,2)
Neumonía, gripe (062,063)	0,05 (≥ 35)	654	33	730	37	70 (2,6)
Enfermedades digestivas						
Cirrosis (071)	0,16 (≥ 15)	949	152	335	54	206 (7,7)
Accidentes no intencionales						
Tráfico vehículo a motor (090)	0,42 (≥ 0)	753	316	160	67	383 (14,4)
Otros accidentes de transporte (091)	0,20 (≥ 0)	36	7	4	1	8 (0,3)
Ahogamiento, sumersión, sofocación accidental (093)	0,20 (≥ 0)	113	23	56	11	34 (1,3)
Caídas accidentales (092)	0,35 (≥ 15)	106	37	114	40	77 (2,9)
Accidente fuego, humo (094)	0,45 (≥ 0)	25	11	18	8	19 (0,7)
Otros accidentes (097)	0,25 (≥ 0)	200	50	86	22	72 (2,7)
Accidentes intencionales						
Suicidio,autolesiones (098)	0,28 (≥ 15)	530	148	166	46	194 (7,3)
Agresiones (099)	0,46 (≥ 0)	58	27	22	10	37 (1,4)
Enfermedades metabólicas						
Diabetes mellitus (044)	0,05 (≥ 35)	659	33	1.181	59	92 (3,5)
Total		9.540	1.819	8.558	840	2.659

^aCIE: clasificación internacional de causas de enfermedad; lista abreviada de la décima revisión.

^bFPAA: fracciones poblacionales atribuibles al alcohol para cada causa de defunción.

^cAños: edad a partir de la cual se aplican las fracciones poblacionales atribuibles.

^dMAA: mortalidad atribuible al alcohol.

^eEn mujeres es 0,40.

estas 5 rúbricas suman más de la mitad de las defunciones atribuibles al consumo de alcohol (56,1%).

En la distribución por género, las enfermedades cerebrovasculares originaron el 37,3% de las defunciones atribuibles al alcohol en mujeres mientras el resto de las causas de defunción suponen porcentajes muy inferiores: 8,0% por accidentes de tráfico de vehículo a motor, 7,0% por diabetes mellitus, 6,8% por cáncer de estómago, 6,4% por cirrosis y enfermedades crónicas hepáticas y 5,5% por suicidio y lesiones autoinflingidas. Los accidentes de tráfico por vehículo a motor supusieron el 17,4% de las defunciones atribuibles al alcohol en hombres, seguidos de las enfermedades cerebrovasculares con el 12,3%, las neoplasias malignas de esófago (9,5%), laringe (9,5%) y cavidad orofaríngea, la cirrosis hepática (8,1%) y los suicidios y lesiones autoinflingidas (8,1%).

La tabla 2 muestra las defunciones totales atribuibles al alcohol y las ocurridas en menores de 65 años de edad, el número total de APVP, la media y la distribución estándar de APVP por causas de mortalidad agrupadas, en hombres, mujeres y ambos sexos.

La media de APVP fue de 8,3 años (DE = 5,1 años) para ambos géneros y todas las causas de mortalidad. Los accidentes intencionales (APVP = 21,0; DE = 14,5) y

no intencionales (APVP = 15,8; DE = 8,1) son las principales causas de mortalidad prematura asociada al alcohol, seguidas por los trastornos mentales de etiología alcohólica (APVP = 8,9; DE = 8,1). Estas tres causas presentan valores de APVP superiores a la media para todas las causas.

Los hombres presentan una media de APVP de 10,1 años (DE = 8,6 años) mientras que en las mujeres es de sólo 4,4 años (DE = 4,4 años), y los grupos de causas con mayor mortalidad prematura atribuible al alcohol coinciden en hombres y mujeres y con el total de ambos sexos: accidentes no intencionales (APVP = 23,8 y DE = 14,0 en hombres; APVP = 12,6 y DE = 16,0 en mujeres) y accidentes intencionales (APVP = 16,2 y DE = 12,7 en hombres; APVP = 14,5 y DE = 13,8 en mujeres).

En hombres, las enfermedades mentales causadas por el consumo de alcohol son responsables de un adelantamiento promedio de la edad de defunción en 8,9 años (DE = 8,1) y la cirrosis hepática en 6,4 años (DE = 7,5). Las neoplasias malignas atribuibles al alcohol contribuyen con cifras similares a la mortalidad prematura en hombres (APVP = 4,6; DE = 8,0) y en mujeres (APVP = 4,5; DE = 6,1).

Tabla 2. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al alcohol en Andalucía en 1999, por grandes categorías diagnósticas.

Grupos diagnósticos	Muertes por alcohol		Años potenciales de vida perdidos por alcohol	
	< 65 años n ^a (%)	Totales n ^b (%)	Suma APVP ^c n ^d (%)	Media APVP ^c (DE) ^e
Neoplasias malignas	350 (35,9)	678 (37,3)	3.135 (17,1)	4,6 (8,0)
Trastornos mentales	34 (3,5)	51 (2,8)	455 (2,5)	8,9 (8,1)
Enfermedades cardiovasculares	26 (2,7)	230 (12,6)	245 (1,3)	1,0 (3,7)
Enfermedades respiratorias	11 (1,1)	56 (3,1)	128 (0,7)	2,3 (5,5)
Enfermedades hepáticas	79 (8,1)	152 (8,4)	970 (5,3)	6,4 (7,5)
Accidentes no intencionales	357 (36,6)	444 (24,4)	10.576 (57,5)	23,8 (14,0)
Accidentes intencionales	114 (11,7)	175 (9,6)	2.835 (15,4)	16,2 (12,7)
Enfermedades metabólicas	4 (0,4)	33 (1,8)	35 (0,2)	1,1 (3,7)
Total hombres	975 (100)	1.819 (100)	18.379 (100)	10,1 (8,6)
Neoplasias malignas	63 (33,0)	146 (17,4)	653 (17,8)	4,5 (6,1)
Trastornos mentales	0 (0)	0 (0)	0 (0,0)	0,0 (0,0)
Enfermedades cardiovasculares	13 (6,8)	329 (39,2)	103 (2,8)	0,3 (2,0)
Enfermedades respiratorias	4 (2,1)	47 (5,6)	55 (1,5)	1,2 (4,5)
Enfermedades hepáticas	14 (7,3)	54 (6,4)	147 (4,0)	2,7 (3,1)
Accidentes no intencionales	61 (31,9)	149 (17,7)	1.873 (51,2)	12,6 (16,0)
Accidentes intencionales	33 (17,3)	56 (6,7)	813 (22,2)	14,5 (13,8)
Enfermedades metabólicas	3 (1,6)	59 (7)	20 (0,5)	0,3 (2,2)
Total mujeres	191 (100)	840 (100)	3.664 (100)	4,4 (4,4)
Neoplasias malignas	413 (35,4)	824 (31,0)	3.788 (17,2)	4,6 (5,8)
Trastornos mentales	34 (2,9)	51 (1,9)	455 (2,1)	8,9 (8,1)
Enfermedades cardiovasculares	39 (3,3)	559 (21,0)	348 (1,6)	0,6 (2,9)
Enfermedades respiratorias	15 (1,3)	103 (3,9)	183 (0,8)	1,8 (5,2)
Enfermedades hepáticas	93 (8,0)	206 (7,7)	1.117 (5,1)	5,4 (7,3)
Accidentes no intencionales	418 (35,8)	593 (22,3)	12.449 (56,5)	21,0 (14,5)
Accidentes intencionales	147 (12,6)	231 (8,7)	3.648 (16,5)	15,8 (8,1)
Enfermedades metabólicas	7 (0,6)	92 (3,5)	55 (0,2)	0,6 (2,6)
Total ambos géneros	1.166 (100)	2.659 (100)	22.043 (100)	8,3 (5,1)

^aNúmero de defunciones atribuibles al alcohol en menores de 65 años de edad.

^bNúmero de defunciones atribuibles al alcohol para todas las edades.

^cAPVP: años potenciales de vida perdidos de 1 a 65 años.

^dTotal de años potenciales de vida perdidos.

^ed.s.: desviación estándar de la media de años potenciales de vida perdidos.

DISCUSIÓN

Se podría cuestionar la idoneidad de la aplicación de FPAA establecidas en EE.UU. a la mortalidad registrada en nuestro entorno, definido por características geográficas, económicas, sanitarias y socioculturales que podrían ser claramente distintas de las de aquel país. Sin embargo, la alternativa metodológica que estaría basada en el empleo de los riesgos relativos de enfermedad y mortalidad asociados al consumo de alcohol¹⁶, tendría que confiar igualmente en las estimaciones obtenidas a partir de la bibliografía internacional, debido a la inexistencia de estudios epidemiológicos de similar envergadura y fiabilidad en nuestro ámbito con respecto a la mayoría de las entidades morbosas relacionadas con el consumo de alcohol. Por otra parte, los métodos de estimación aquí usados tienen la ventaja adicional de permitirnos comparar la importancia relativa del consumo de alcohol en la mortalidad registrada en Andalucía, con respecto a cálculos ya realizados para Cataluña y España^{14,15}.

La mortalidad total atribuible al alcohol es, según los resultados de nuestro estudio, inferior en Andalucía (4,3% de la mortalidad global, 2,9% en mujeres y 5,5% en hombres) a las calculadas en períodos anteriores en Cataluña (5,3% de la mortalidad total en 1994) y España (6,3% de la mortalidad total en 1981-1990), utilizando las mismas aproximaciones metodológicas en el proceso de cuantificación, con la excepción de la no inclusión en nuestro estudio de las defunciones por cardiomiopatía, gastritis y pancreatitis de origen alcohólico. Sin embargo, la proporción de estas defunciones respecto al total de muertes atribuidas al alcohol es muy reducida en estos estudios previos^{14,15} por lo que es plausible que la subestimación introducida por su ausencia sea muy reducida.

Por el contrario, cuantificamos una mortalidad prematura atribuible (8,3 APVP media) al alcohol en Andalucía que excede ligeramente a la estimada para Cataluña (7,5 APVP media). Por tanto, las defunciones atribuibles al alcohol en Andalucía se están produciendo a edades tempranas, resultados que son concordantes con la distribución del consumo de alcohol en la población andaluza, que muestra porcentajes mínimos de población abstinente entre los 21 y 34 años de edad y proporciones máximas de población con consumo de alto riesgo entre los 16 y 44 años en 1994 y entre los 21 y 34 años en 1996³.

La distribución por causas de la mortalidad y de la mortalidad prematura atribuible al alcohol muestra grandes diferencias. Las neoplasias malignas son causa de la mayor proporción de defunciones, seguidas por los accidentes no intencionales y las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, son los accidentes, no intencionales e intencionales, los principales responsables de los fallecimientos precoces atribuibles al alcohol. Este hallazgo coincide con publicaciones previas que muestran las estrechas relaciones existentes entre consumo de alcohol y accidentes a todas las edades, pero con mayor impacto proporcional en hombres jóvenes¹⁷⁻¹⁹. De hecho, los hombres tienen una mortalidad prematura por accidentes no intencionales (23,8 APVP) que es el doble de la que tienen las mujeres

(12,6 APVP), siendo los accidentes de tráfico responsables de más del 70% de las defunciones atribuibles al alcohol en este grupo de causas.

La media de APVP atribuible al alcohol por accidentes intencionales (suicidios y homicidios) aventaja a la ocasionada por accidentes no intencionales en las mujeres, hecho que en absoluto se produce en los hombres en los cuales la media de APVP es casi un 50% mayor por accidentes no intencionales que por accidentes intencionales. Este hallazgo parece confirmar la existencia de una violencia "de género" pero también resalta la necesidad de tener en cuenta la existencia de intentos de suicidio con desenlace fatal en mujeres de edad madura.

Publicaciones recientes que evalúan los efectos del consumo de bebidas alcohólicas sobre la salud apuntan hacia un posible efecto beneficioso, de reducción de la mortalidad debido a sus propiedades cardioprotectoras, que produciría un balance neto favorable en la mortalidad para los hombres a partir de 55 años y las mujeres a partir de 65 años²⁰. Las técnicas de metaanálisis han posibilitado incluso la exploración de la relación dosis-respuesta entre el consumo de bebidas alcohólicas y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, definiéndose hasta qué dosis promedio diaria está asociada al citado efecto cardioprotector²¹. También se postula una asociación positiva entre consumo leve a moderado de alcohol (de una a tres bebidas alcohólicas diarias) y un descenso en el riesgo de demencia (enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y otras demencias) en mayores de 55 años²².

Sin embargo, estos resultados coexisten con la estimación de 75.000 años prematuros de vida perdidos en Inglaterra y Gales en 1996 atribuibles al alcohol²⁰ y, en Canadá¹⁹, la atribución al alcohol del 3% de la mortalidad total, el 6% de los años potenciales de vida perdidos, el 2% de las hospitalizaciones y el 3% de estancias hospitalarias del año 1992. En la misma línea, se estima que en Suecia, en 1992-96, son atribuibles al alcohol un 3,5% de las defunciones totales y el 25% de las defunciones entre la población con 50 y más años de edad²³, mientras que en Finlandia, en 1969-95, la intoxicación alcohólica contribuyó causalmente en el 63% de la mortalidad por accidentes de tráfico acuático¹⁸. Además, en EE.UU. se observa una estrecha relación entre las modificaciones en el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente de alta graduación, y las variaciones de la mortalidad por cirrosis hepática²⁴ mientras que en un escenario bien diferente, Rusia, se atribuye al consumo de alcohol un papel causal en las fluctuaciones registradas en la esperanza de vida en los años noventa²⁵.

La controversia requiere, por tanto, de estudios adicionales ya que, en primer lugar, no se ha podido demostrar ningún efecto protector del consumo de alcohol sobre el cáncer en 6 localizaciones diferentes (cavidad oral, esófago, colon y recto, hígado, laringe, mama), ni tampoco sobre la hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, úlceras gástrica y duodenal, cirrosis hepática, pancreatitis y causas externas²⁶ y adicionalmente, se ha sugerido una asociación entre intoxicación aguda alcohólica y muerte súbita por fallo cardíaco²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez V, Villarino AL, Herruzo R, Conde M. Alcohol y Salud Pública. En: Gálvez Vargas R, Sierra López A, Sáenz González MC, Gómez López L, Fernández-Crehuet Navajas J, Salleras Sanmartí L, et al, editores. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10th Edición. Madrid: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 2001.
2. Doll R, Peto R, May E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1994;309:911-8.
3. Heobald J, Johansson SE, Bygren LO, Engfeldt P. The effects of alcohol consumption on mortality and morbidity: 26-year follow-up study. *J Stud Alcohol* 2001;62:783-9.
4. Spies CD, Sander M, Stangl K, Fernández-Sola J, Preedy VR, Rubin E, et al. Effects of alcohol on the heart. *Curr Opin Crit Care* 2001;7: 337-43.
5. Kristenson H, Osterling A, Nilsson JA, Lingard F. Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:478-84.
6. Xie X, Mann RE, Smart RG. The direct and indirect relationships between alcohol prevention measures and alcoholic liver cirrhosis mortality. *J Stud Alcohol* 2000;61:499-506.
7. Waller P, Stewart R, Hansen R. The potentiating effects of alcohol on driver injury. *JAMA* 1986;256:1461-6.
8. Álvarez J, del Río MC. Alcohol y accidentes de tráfico: el papel de los médicos en su prevención. *Med Clin (Barc)* 1999;113:256-8.
9. Ostrom M, Eriksson A. Pedestrian fatalities and alcohol. *Accid Anal Prev* 2001;33:173-80.
10. Sjogren H, Eriksson A, Alm K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all death in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24: 1050-6.
11. Consejería de Salud. II Plan Andaluz de Salud. Análisis de la Situación de Salud en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, 1999.
12. Shulth JM, Rice DP, Parker DL. Alcohol-related mortality and years of potential life lost—United States, 1987. *MMWR* 1990;39:173-8.
13. Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality. *Int J Epidemiol* 1977;6:143-51.
14. Alsedá M, Godoy P. Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña: 1994. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:25-31.
15. Prada C, del Río MC, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981-1990. *Gac Sanit* 1996; 10:161-8.
16. Single E, Rehm J, Robson L, Truong MV. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;162: 1669-75.
17. Smith GS, Keyl PM, Hadley JA, Bartley CL, Foss RD, Tolbert WG, et al. Drinking and recreational boating fatalities: a population-based case-control study. *JAMA* 2001;286:2974-80.
18. Lunetta P, Penttila A, Sarna S. Water traffic accidents, drowning and alcohol in Finland, 1969-1995. *Inter J Epidemiol* 1998;27:1038-43.
19. Single E, Robson L, Rehm J, Xie X. Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *Am J Public Health* 1999;89:385-90.
20. Britton A, McPherson K. Mortality in England and Wales attributable to current alcohol consumption. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:383-8.
21. Corrao G, Bagnardi V, Zambom A, Arico S. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction* 1999;94:1551-73.
22. Ruitenberg A, van Swieten JC, Wittelman JC, Mehta KM, van Duijn CM, Hogman A, et al. Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet* 2002;359:281-6.
23. Sjogren H, Eriksson A, Brostrom G, Ahlm K. Quantification of alcohol-related mortality in Sweden. *Alcohol Alcohol*, 2000;35:601-11.
24. Roizen R, Kerr W, Filmore K. Cirrhosis mortality and per capita consumption of distilled spirits, United States, 1949: trend analysis. *Br Med J* 1999;319:666-70.
25. Shkolnikov VM, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet* 2001;357:917-21.
26. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Pokolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* 2000; 95:1505-23.
27. Leon DA. Alcohol—The changing face of a perennial problem. *Int J Epidemiol* 2001;30:653-4.