

CARDIOLOGÍA *hay*

TABAQUISMO EN LA MUJER

Coordinación científica:

Lorenzo Fácila Rubio

Servicio de Cardiología,
Consortio Hospital General
Universitario de Valencia.
Universitat de Valencia, Valencia.



sumario

COORDINACIÓN CIENTÍFICA:

Lorenzo Fácila Rubio

Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Universitat de Valencia, Valencia.

P. 02

ACTUALIZACIÓN

Alberto Cordero y Lorenzo Fácila Rubio

Tabaquismo y enfermedad cardiovascular en la mujer

El tabaquismo ha sido identificado como un factor de riesgo cardiovascular desde la descripción de los primeros factores de riesgo de cardiopatía isquémica por los investigadores del estudio Framingham en el año 1961. Sin embargo, el conocimiento e investigación de sus efectos deletéreos, prevención y tratamiento han sido mucho menores en comparación con el resto de los factores de riesgo cardiovascular. Además, el patrón de tabaquismo ha evolucionado de forma muy diferente en los hombres y las mujeres, de tal forma que actualmente tanto el porcentaje de fumadores activos como la tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo es más alto en la mujer, por lo que se puede decir que el tabaquismo es un problema de salud pública de primera magnitud en la mujer.

P. 09

PUESTA AL DÍA

Vellakkal S, Khan Z, Alavani H, Fledderjohann J, Stuckler D.

Effects of public policies in the prevention of cardiovascular diseases: a systematic review of global literature.

Public Health. 2022;207:73-81.

US Preventive Services Task Force; Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al.

Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.

JAMA. 2021;325:265-79.

Gallucci G, Tartarone A, Lerosé R, Lalinga AV, Capobianco AM.

Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation.

J Thorac Dis. 2020;12:3866-76.

Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al.

The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030.

Lancet. 2001;397:2385-438.

P. 15

IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

El coordinador de este número proporciona datos sobre la prevalencia del tabaquismo en España desde el año 2009 al 2020 comparando hombres y mujeres. También aporta una imagen distribuida por la OMS en la que pueden observarse los beneficios en el tiempo de dejar de fumar.

P. 17

ENTREVISTA

Dr. Francisco Carrión

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Tabaquismo y enfermedad cardiovascular en la mujer

Alberto Cordero^a y Lorenzo Fácila Rubio^b

^aDepartamento de Cardiología, Hospital IMED Elche, Elche, Alicante.

Grupo de Investigación Cardiovascular (GRINCAVA), Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid.

^bServicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Universitat de Valencia, Valencia.

■ Introducción

El tabaquismo fue identificado como factor de riesgo cardiovascular (CV) desde la descripción de los primeros factores de riesgo de cardiopatía isquémica por los investigadores del estudio Framingham en el año 1961¹; sin embargo, el conocimiento e investigación de sus efectos deletéreos, prevención y tratamiento han sido mucho menores en comparación con el resto de los factores de riesgo CV. Además, el patrón de tabaquismo ha evolucionado de forma muy diferente en los hombres y las mujeres, de tal forma que actualmente tanto el porcentaje de fumadores activos como la tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo es más alto en la mujer. Por tanto, el tabaquismo es un problema de salud pública de primera magnitud en la mujer.

■ Epidemiología y riesgo cardiovascular del tabaquismo

Se estima que, en el año 2019, a nivel mundial, el consumo de tabaco causó más de 7,5 millones de muertes y 200 millones de años de vida

perdidos por discapacidad². Además, aunque se han observado reducciones en las tasas de tabaquismo de forma global en hombres y mujeres, el número absoluto de fumadores sigue incrementándose por el aumento de la población. En España, el tabaco provocó casi 2 millones de muertes en el período 1990-2018³. Entre los hombres, el cáncer fue el principal grupo de causas de muerte relacionadas con el tabaco, seguido de las enfermedades CV y la diabetes mellitus; sin embargo, en las mujeres fueron las enfermedades CV las principales causas de muerte relacionadas con el tabaco durante todo ese período. Uno de los hallazgos más reveladores fue el análisis de tendencias de las tasas estandarizadas, en el que se observó una disminución progresiva de la mortalidad atribuible al tabaco en los hombres y, por el contrario, un aumento en las mujeres.

El estudio de Framingham estableció que por cada 10 cigarrillos consumidos diarios se producía un incremento del 18% en la mortalidad masculina y del 31% en las mujeres¹; además, se constató una relación lineal entre el número de cigarrillos consumidos y el riesgo CV, de

manera que el riesgo relativo se aproxima a 5,5 para los episodios CV mortales en los fumadores intensos en comparación con los no fumadores. Entre las mujeres, incluidas las mujeres premenopáusicas, el tabaquismo incrementó el riesgo de infarto de miocardio 3 veces respecto al de los varones, así como la mortalidad tras el infarto. Posteriormente, el estudio INTERHEART demostró que el riesgo de tener un infarto en los fumadores es cercano al triple con respecto a los no fumadores (*odds ratio* [OR]: 2,87; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 2,58-3,19)⁴, siendo también el riesgo mayor en las mujeres. También se verificó la relación lineal entre el número de cigarrillos consumidos al día y el riesgo de infarto, y se estimó un incremento del 5,6% por cada cigarrillo adicional consumido diariamente. Los exfumadores de menos de 3 años de abstinencia presentaron un riesgo intermedio de infarto entre los fumadores y los nunca fumadores (OR: 1,87; IC95%: 1,55-2,24)⁵.

La prevalencia de tabaquismo activo en la población general ha disminuido de forma progresiva en las últimas décadas en España, aunque la mortalidad atribuible al tabaquismo solo empezó a disminuir a partir del año 2001⁶. En la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 y en las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística, se publicó que la prevalencia global del tabaquismo en España en 2012 era del 23,62% y se estimó que habían fallecido al día 125 varones y 40 mujeres por causas atribuibles al consumo de tabaco, lo que sumó 60.456 muertes en un año⁷. El cáncer de tráquea-bronquios-pulmón en varones y otras cardiopatías en mujeres fueron las que más contribuyeron a dicha mortalidad. Además, se calculó que los años potenciales de vida perdidos por el tabaco fueron de 3,25 años en varones y de 2,42 en mujeres.

Pese a estos datos tan contundentes de la asociación del tabaquismo con las enfermedades CV, es necesario resaltar que las enfermedades más estrechamente ligadas al tabaquismo son las neoplasias pulmonares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Además, la relación entre el número de cigarrillos consumidos al día y el riesgo de infarto se produce también en las enfermedades pulmonares y la mortalidad por estas. Este dato es muy importante, puesto que un informe

realizado sobre la base del Conjunto Mínimo Básico de Datos Nacional que incluyó los datos de más de 3 millones de ingresos hospitalarios, ha mostrado que la patología pulmonar es la primera causa de muerte en pacientes ingresados en servicios de medicina interna, seguida de las enfermedades CV⁸.

Hay una relación lineal entre el número de cigarrillos consumidos y las enfermedades asociadas al tabaquismo que, además, comienza con consumos tan bajos como un único cigarrillo al día. Un metanálisis que evaluó específicamente el efecto del consumo de 1-4 cigarrillos al día demostró que incluso con este hábito se observa un aumento de mortalidad en varones (OR: 1,6; IC95%: 1,3-1,9) y en las mujeres (OR: 1,5; IC95%: 1,2-1,8)⁹; igualmente, se observó que el riesgo de neoplasias pulmonares y digestivas, EPOC y enfermedades CV, ya se encuentra elevado en los fumadores de 1-4 cigarrillos al día respecto a los que nunca han fumado. Por último, es importante reconocer el impacto que han tenido las leyes para la restricción del tabaquismo en lugares públicos en la salud pública y, especialmente, las enfermedades CV, ya que han supuesto un gran avance en la prevención CV y promoción de la salud en general. Varios metanálisis han puesto de manifiesto que estas normativas conducen a reducciones en la morbilidad y la mortalidad CV¹⁰. Concretamente, los ingresos hospitalarios por infarto en hasta un 15% (riesgo relativo [RR]: 0,85; IC95%: 0,82-0,88), un 39% en otras cardiopatías (RR: 0,61; IC95%: 0,44-0,85), un 16% en accidentes cerebrovasculares (RR: 0,84; IC95%: 0,75-0,94), y un 24% por enfermedades pulmonares (RR: 0,76; IC95%: 0,68-0,85). Además, se ha observado que la reducción de estas enfermedades fue mayor en los casos en que las leyes fueron más restrictivas, lo que avala la imposición de las normativas más estrictas para protección de los no fumadores y crear el máximo número de lugares libres de humo.

Cardiopatía isquémica y tabaquismo en la mujer

Estudios nacionales han estimado que el tabaquismo es la segunda causa de enfermedad coronaria en España en las mujeres, solo por detrás del sobrepeso¹¹. Sin embargo, en las últimas décadas se ha constatado un incremento de la mortalidad asociada al tabaquismo únicamente

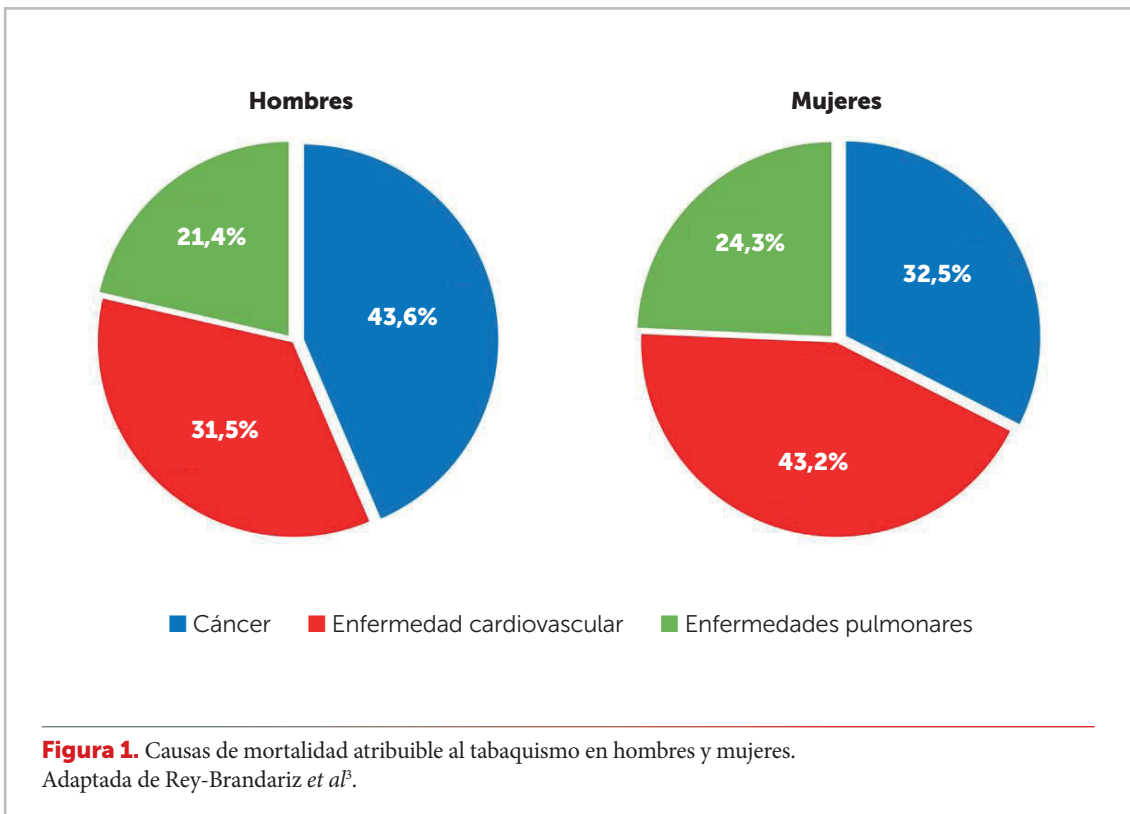
en las mujeres en España, llegando a considerarse un problema prioritario de salud pública en nuestro país³. Como se muestra en la **Figura 1**, las enfermedades CV ya son la primera causa de muerte atribuible al tabaquismo en las mujeres, a diferencia de los hombres, entre los que el cáncer sigue siendo la primera causa. Otro de los hallazgos más relevantes es que, mientras que en los hombres la mortalidad atribuible al tabaco ha ido descendiendo progresivamente en España entre 1990-2018, en las mujeres no ha hecho más que aumentar sin llegar, de momento, a observarse una zona de meseta. Por tanto, estos datos son realmente ilustrativos y alarmantes, y deben conducir a medidas preventivas contra el tabaquismo mejor dirigidas, especialmente hacia las mujeres.

En este sentido, es importante analizar las formas de inicio al tabaquismo. En las últimas décadas ha irrumpido el cigarrillo electrónico, como una nueva forma tabaco que dispensa nicotina y vapor de agua. Inicialmente se pensó que esta forma de tabaquismo no tenía efectos perjudiciales, e incluso se permitió en espacios cerrados. Sin embargo, cada vez es mayor la evidencia de sus efectos nocivos y se ha sometido

a los mismos mecanismos de regulación que el resto de tabaquismo. Ya en 2014, la *American Heart Association*¹² publicó un documento en que alertaba tanto de los aspectos perjudiciales para la salud del cigarrillo electrónico como de sus efectos adictivos, tanto para las personas que han dejado de fumar como para las personas que se inician en el tabaquismo a través del cigarrillo electrónico. Específicamente, alertaba de esta forma de tabaquismo como la puerta de entrada al tabaco tradicional en las personas más jóvenes, en las que es mucho más frecuente que fumen las mujeres.

Por otra parte, el tabaquismo pasivo (*second hand smoking*) es mucho más prevalente en las mujeres y se ha observado que esto tiene un gran impacto en su salud, sobre todo por el incremento del riesgo de enfermedades CV, además, de enfermedades pulmonares y cáncer¹³.

En un análisis del *Women Health Initiative*¹⁴ se observó que en las mujeres posmenopáusicas sin diabetes que fuman, el abandono del tabaco se asocia a un riesgo un 26% menor de infarto agudo de miocardio; sin embargo, la reducción es de más del 60% entre las que mujeres con diabetes. Además, se observó que la ganancia



de peso vinculada al abandono del tabaquismo no se asoció a mayor riesgo de complicaciones CV e, incluso, las que ganaron menos de 5 kg presentaron un riesgo menor de infarto. Por tanto, el abandono del tabaquismo es crucial en las mujeres posmenopáusicas, puesto que es el momento en que más aumenta la incidencia de otros factores de riesgo CV y se produce la mayor incidencia de infarto.

Estudios comparativos han demostrado que existen diferencias en la formación de las placas coronarias entre hombres y mujeres. Característicamente, las placas de las mujeres tienen un mayor contenido lipídico, son más densas y tienen menos calcio¹⁵. Además, estudios de necropsias han demostrado, fehacientemente, que la erosión de las placas es la forma más característica de inestabilización de las placas coronarias en las mujeres fumadoras¹⁶. Estudios recientes han puesto de manifiesto que la distribución del calcio coronario es diferente en la mujer y, además, su medición por tomografía computarizada tiene un valor predictivo mayor en las mujeres¹⁷.

Por último, hay diferencias muy relevantes en el impacto que tienen los programas de rehabilitación cardíaca a largo plazo de las mujeres frente a los hombres. El análisis de más de 25.000 pacientes remitidos a unidades de rehabilitación cardíaca mostró que las mujeres tenían una probabilidad un 25% menor de ser remitidas a estos programas; sin embargo, el beneficio en la reducción de mortalidad fue mucho mayor en las mujeres que en los hombres¹⁸.

Enfermedad vascular cerebral y tabaquismo en la mujer

Los accidentes cerebrovasculares son la primera causa de discapacidad en nuestro país, especialmente entre las mujeres. El tabaquismo incrementa por 2 el riesgo de accidentes cerebrovasculares^{19,20}. El efecto del tabaco parece ser similar en hombres y mujeres, aunque, dado que el riesgo de accidentes cerebrovasculares es mayor en las mujeres, parece lógico enfatizar la importancia de la prevención del tabaquismo en las mujeres²⁰.

Abordaje del tabaquismo en la mujer

El tratamiento del hábito tabáquico es muy diferente al de otros factores de riesgo CV, ya que precisa un abordaje más global. El tabaquismo es un hábito que se aprende y ejecuta con el tiempo, y genera grados variables de dependencia, especialmente cuando se suspende. Por estos motivos, el apoyo cognitivo conductual es una herramienta básica para su abordaje. Algunos estudios han encontrado que las mujeres presentaron más síntomas y signos de abstinencia al dejar el tabaquismo²¹, por lo que presentan tasas más altas de recaídas y precisan de protocolos más personalizados para el cese del tabaquismo.

El abandono del tabaquismo tras un infarto se asocia a una reducción de la mortalidad del 56% (OR: 0,54; IC95%: 0,46-0,62)²². Sin embargo, hasta el 15% de los pacientes que presentan un síndrome coronario agudo continúan fumando o retoman el hábito tras un período de abstinencia²³.

Los programas y la educación dirigidos a los pacientes que han sufrido un infarto han demostrado una alta eficacia para el abandono del tabaquismo y para reducir la incidencia de complicaciones CV posteriores. Además, los programas de rehabilitación cardíaca tienen más impacto en la reducción de complicaciones CV en las mujeres. En todos los pacientes, especialmente en los que tienen cardiopatía isquémica, se debe ofrecer un especial apoyo en la prevención secundaria. Tanto la pareja como la familia del paciente que fuma deben estar implicados en el proceso, informándoles y animándoles a que apoyen al paciente. Más aún, durante el seguimiento se debe controlar a todos los pacientes que fumaron en el pasado debido a que las recaídas son frecuentes ofreciéndoles, igualmente, tanto apoyo psicológico como farmacológico si se comprobaba una recaída en el consumo de tabaco.

El abordaje del abandono del tabaquismo por parte de los profesionales de salud puede realizarse esquemáticamente siguiendo la norma del ABC²⁴:

- A (*asking*): preguntar al paciente si quiere dejar de fumar.
- B (*brief advice*): consejo breve sobre el beneficio del abandono del tabaco.

- C (*consueling support*): apoyo individualizado según las características del paciente, dependencia y situaciones peculiares.

Las principales estrategias de apoyo para abandonar el tabaquismo pueden dividirse en medidas farmacológicas o no farmacológicas. Respecto a las medidas no farmacológicas (**Tabla 1**) en pacientes con enfermedad CV establecida, el consejo estándar no conduce de forma significativa al abandono completo del tabaquismo²⁵; mientras que cuando se realiza un apoyo conductual con llamadas telefónicas, terapia individualizada o grupal, sí que se observa una tasa significativamente superior de abandono del tabaquismo²⁵. De hecho, aunque no existe una indicación clara ni especificaciones definitivas en guías de práctica clínica, actualmente se recomienda utilizar terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo en los pacientes con enfermedad CV establecida, EPOC u otras enfermedades pulmonares.

A la hora del seguimiento del paciente que está en la fase de abandono del tabaquismo, es importante tener en cuenta que la aparición de los síntomas del denominado “síndrome de abstinencia” son muy frecuentes y suelen consistir en irritabilidad, depresión, dificultad de concentración, agitación, insomnio, impaciencia, aumento del apetito, reducción de la frecuencia cardíaca, cierto deterioro funcional o ganancia ponderal. Como ya mencionamos al principio, las mujeres suelen presentar más síntomas y signos de abstinencia al dejar de fumar²¹.

TABLA 1.

Principales estrategias no farmacológicas para el abandono del tabaco

Consejo estándar: recomendaciones habituales e información del riesgo asociado al tabaquismo tras un primer evento cardiovascular

Apoyo conductual: puede realizarse con soporte telefónico, consejo individualizado o terapia de grupo

Las terapias farmacológicas consiguen mitigar gran parte de estos síntomas, especialmente la ganancia ponderal, aunque algunos pueden

incluso exacerbarse y se deben valorar con precaución, puesto que pueden suponer efectos secundarios de la estrategia escogida.

Es importante destacar que la motivación personal es uno de los principales predictores de abandono del tabaquismo. En un estudio aleatorizado realizado por el equipo médico de una empresa, que compensaba económicamente el abandono del tabaquismo, se observó que el haber decidido abandonar completamente el tabaco era uno de los principales predictores para conseguir dicho abandono²⁶. Igualmente, se observaron mayores tasas de abstinencia en los sujetos con mejor salud percibida, los que habían tenido intentos previos de abandono y los que no consumían < 2 paquetes de cigarrillos al día; no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Es importante descartar que el grado de dependencia, valorado por la escala de Fagerstrom, no predijo la abstinencia de tabaco.

El caso de las mujeres embarazadas es especialmente complejo. El *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) reconoce que es realmente importante conseguir que estas mujeres abandonen completamente el tabaquismo, aunque no existe evidencia suficiente para recomendar ninguna estrategia farmacológica.

Terapia farmacológica

La terapia de sustitución con nicotina (TSN) fue la primera estrategia farmacológica que se empleó para el abandono del tabaco y consiste en aportar de forma controlada nicotina²⁴. Las diferentes formas de TSN tienen ventajas e inconvenientes por su forma de administración y, aunque parece que la eficacia para el abandono del tabaco es similar en todas ellas, la mejor tolerancia de los parches transdérmicos haría que esta forma de TSN sea la que consiga mayor tasa de abandono del tabaquismo.

El bupropión es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de dopamina y noradrenalina, aunque sus mecanismos de acción no se han descrito completamente. Inicialmente se comercializó como un antidepresivo y desde 1997 como terapia antitabaco por la FDA (*Food and Drug Administration*), con la presentación farmacológica de comprimidos de 150 mg de liberación retardada²⁴. Estudios aleatorizados

han demostrado que su eficacia para el abandono del tabaquismo es superior a la TSN, pero su principal limitación son los efectos secundarios: insomnio (30-40%), náuseas (20%) y sequedad de boca (10%). En un estudio de pacientes con enfermedad CV, que fueron aleatorizados a terapia intensiva integrada en unidad multidisciplinar o estándar para el abandono del tabaquismo, se utilizó el bupropión como única terapia farmacológica añadida al apoyo conductual y se observó un aumento significativo del abandono del tabaquismo a favor de la estrategia intensiva. Además, el número necesario para tratar y reducir un fallecimiento fue de 11 pacientes, lo que traduce una elevada eficiencia de la estrategia combinada del bupropión añadida al apoyo conductual²⁷.

La nortriptilina es un antidepresivo tricíclico que inhibe la recaptación neuronal de serotonina y noradrenalina. Es el único antidepresivo recomendado como apoyo en la abstinencia de tabaco. Está contraindicado en pacientes con infarto de miocardio previo o arritmias, por lo que se considera un fármaco de segunda línea.

La vareniclina es un agonista parcial específico del receptor neuronal de nicotina $\alpha 4\beta 2$. Su eficacia es superior que la TSN y el bupropión en el abandono del tabaquismo y, también, en conseguir abstinencias prolongadas. El principal respaldo de esta molécula en el campo de la enfermedad CV ha sido la publicación de un estudio aleatorizado de vareniclina frente a placebo, que incluyó a pacientes con enfermedad CV establecida (cardiopatía isquémica, 50%;

arteriopatía periférica, 23%; insuficiencia cardíaca, 10%; accidente cerebrovascular previo, 10%)²⁸. El seguimiento demostró mayor tasa de abstinencia tabáquica en la rama de vareniclina, tanto en el tercer mes (el 47 frente al 13,9%; $p > 0,01$) como al año (el 19,2 frente al 7,2%; $p < 0,01$). Los únicos efectos secundarios que fueron significativamente más frecuentes en la rama de tratamiento activo frente a placebo fueron las náuseas (el 29,5 frente al 9,6%) y el insomnio (el 11,9 frente al 6,6%).

La última estrategia farmacológica para el abandono del tabaquismo ha sido la cisticina, un alcaloide vegetal extraído de las legumbres. Su mecanismo de acción es similar al de la vareniclina, ya que se trata de un agonista parcial de los receptores centrales nicotínicos de acetilcolina, pero tiene una vida media inferior (4,8 h). La dosis recomendada es de 1,5 a 9 mg al día durante 25 días y sus principales efectos secundarios son gastrointestinales, como las náuseas y los vómitos. En un estudio publicado en 2014, que analizó su eficacia frente a la TSN (el 40 frente al 31%), de tabaco con cisticina demostró ser superior en las tasas de abstinencia completa de tabaco a la semana, 2 y 6 meses, pero con una incidencia ligeramente superior de efectos secundarios, sobre todo las náuseas, que en ningún caso fueron graves²⁹. Posteriormente, otro estudio aleatorizado demostró que la cisticina era igual de eficaz para la abstinencia de tabaco, pero con menor incidencia de efectos secundarios³⁰.

■ Bibliografía

1. Kannel WB, Dawbert TR, Kagan A, Revotskie N, Stokes J. Factors of risk in the development of coronary heart disease—six year follow-up experience. The Framingham Study. *Ann Intern Med.* 1961;55:33-50.
2. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2021;397:2337-60.
3. Rey-Brandariz J, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, *et al.* Trends in smoking-attributable mortality in Spain: 199-2018. *Eur J Public Health.* 2022;32:919-25.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-52.
5. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, *et al.* Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet.* 2006;368:647-58.
6. Banegas JR, Diez GL, Gonzalez EJ, Villar AF, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc).* 2005;124:769-71.
7. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc).* 2005;124:606-12.
8. Zapatero A, Barba R, Canora J, Losa JE, Plaza S, Marco J. Mortalidad en los servicios de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2010;134:6-12.
9. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: a review. *Circulation.* 2010;121:1518-22.

10. Vellakkal S, Khan Z, Alavani H, Fledderjohann J, Stuckler D. Effects of public policies in the prevention of cardiovascular diseases: a systematic review of global literature. *Public Health*. 2022;207:73-81.
11. Medrano MJ, Pastor-Barriuso R, Boix R, *et al*. Riesgo coronario atribuible a los factores de riesgo cardiovascular en población española. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:1250-6.
12. Bhatnagar A, Whitsel LP, Ribisl KM, *et al*. Electronic Cigarettes. *Circulation*. 2014;130:1418-36.
13. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011;377:139-46.
14. Luo J, Rossouw J, Margolis KL. Smoking Cessation, Weight Change, and Coronary Heart Disease Among Postmenopausal Women With and Without Diabetes. *JAMA*. 2013;310:94-6.
15. Bigeh A, Shekar C, Gulati M. Sex Differences in Coronary Artery Calcium and Long-term CV Mortality. *Curr Cardiol Rep*. 2020;22:21.
16. Sato Y, Kawakami R, Sakamoto A, *et al*. Sex Differences in Coronary Atherosclerosis. *Curr Atheroscler Rep*. 2022;24:23-32.
17. Wong ND, Cordola Hsu AR, Rozanski A, *et al*. Sex Differences in Coronary Artery Calcium and Mortality From Coronary Heart Disease, Cardiovascular Disease, and All Causes in Adults With Diabetes: The Coronary Calcium Consortium. *Diabetes Care*. 2020;43:2597-606.
18. Colbert JD, Martin BJ, Haykowsky MJ, *et al*. Cardiac rehabilitation referral, attendance and mortality in women. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22:979-86.
19. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, *et al*. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010;376:112-23.
20. Rexrode KM, Madsen TE, Yu AYY, Carcel C, Lichtman JH, Miller EC. The Impact of Sex and Gender on Stroke. *Circ Res*. 2022;130:512-28.
21. Hatsukami D, Skoog K, Allen S, Bliss R. Gender and the effects of different doses of nicotine gum on tobacco withdrawal symptoms. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1995;3:163-73.
22. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med*. 2000;160:939-44.
23. Cordero A, Bertomeu-Martinez V, Mazon P, *et al*. Actitud y eficacia de los cardiólogos frente al tabaquismo de los pacientes tras un síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:719-25.
24. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, *et al*. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325:265-79.
25. Mottillo S, Filion KB, Belisle P, *et al*. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 2009;30:718-30.
26. Volpp KG, Troxel AB, Pauly MV, *et al*. A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2009;360:699-709.
27. Rigotti NA. Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med*. 2002;346:506-12.
28. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Artega C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*. 2010;121:221-9.
29. Walker N, Howe C, Glover M, *et al*. Cytisine versus Nicotine for Smoking Cessation. *N Engl J Med*. 2014;371:2353-62.
30. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, *et al*. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326:56-64.

EFFECTOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA MUNDIAL

Effects of public policies in the prevention of cardiovascular diseases: a systematic review of global literature

AUTORES:

Vellakkal S, Khan Z, Alavani H, Fledderjohann J, Stuckler D.

REFERENCIA:

Public Health. 2022;207:73-81.



ANTECEDENTES

Las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de muerte prematura en todo el mundo. En 2016, estas enfermedades representaban más del 72% de todas las muertes y discapacidades. Además, crean una enorme carga económica para los hogares afectados, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos.

Existe un creciente interés a nivel mundial en aplicar diversos instrumentos de política pública para reducir el consumo de productos no saludables, con el objetivo final de reducir las enfermedades crónicas, especialmente las no transmisibles.



OBJETIVO

Los autores han realizado una revisión sistemática de los estudios que investigan si las políticas públicas dirigidas a productos no saludables podrían reducir las enfermedades cardiovasculares.



MÉTODOS

El diseño del estudio fue una revisión sistemática de la literatura. Se realizaron búsquedas de estudios de investigación publicados entre 2000 y 2020 en las principales bases de datos, como MEDLINE y Embase. Se siguieron las pautas de elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis. Los estudios se resumieron narrativamente en función del recuento de votos y la dirección del efecto de la intervención.



RESULTADOS PRINCIPALES

Noventa y ocho estudios, en su mayoría realizados en países con altos ingresos, cumplían los criterios de inclusión. La mayoría de estos estudios trataban sobre políticas públicas dirigidas a las bebidas azucaradas y el tabaco, seguidas por el alcohol, el azúcar, la sal y la comida chatarra. En general, muchos estudios informaban que diversas políticas fiscales, regulatorias y educativas habían producido efectos beneficiosos para reducir las enfermedades.

Varios estudios sobre políticas fiscales realizados en Estados Unidos, en su mayoría estudios de simulación, predecían los efectos del aumento de impuestos propuesto, y demostraron efectos beneficiosos en las reducciones de

diabetes, acontecimientos coronarios, accidentes cerebrovasculares y muertes prematuras relacionadas, IMC (índice de masa corporal) y obesidad en niños y adultos. En España, los estudios constataban una reducción de la hospitalización por infarto agudo de miocardio debida a la implementación de la ley antitabaco de 2006 y una reducción de la mortalidad por la misma causa debida a la extensión de la ley a más lugares públicos.

Los estudios que informaban de efectos limitados o nulos destacaban, como factores que limitaban los efectos de dichas políticas, varias características sociodemográficas y de

riesgo para la salud y aspectos de diseño e implementación de las intervenciones de políticas. Muchos de estos factores son modificables con intervenciones políticas apropiadas. Se encontró que los impuestos de baja cuantía, la sustitución de productos por otros nocivos para la salud, las estrategias de respuesta competitiva de las empresas, la preexistencia de prohibiciones de fumar, el incremento de la promulgación de regulaciones para fumar, el grado de cumplimiento y varios factores socioculturales minimizaban los efectos de las políticas públicas.

PUNTOS CLAVE

- 】 La literatura respalda un consenso creciente sobre los efectos beneficiosos de las políticas públicas dirigidas a productos no saludables para la reducción de las enfermedades cardiovasculares.
- 】 Varias características sociodemográficas y de riesgo para la salud y factores relacionados con la intervención, incluidos los aspectos de diseño e implementación de las intervenciones de política, pueden limitar los efectos de la política pública. El presente estudio enfatiza la importancia de incorporar medidas apropiadas para combatir esos factores obstaculizadores.
- 】 Se necesita más investigación en los países de ingresos bajos y medianos y sobre si los múltiples instrumentos políticos funcionan en conjunto y cómo lo hacen.

DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE SERVICIOS PREVENTIVOS DE ESTADOS UNIDOS

Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement

AUTORES:

US Preventive Services Task Force; Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al.

REFERENCIA:

JAMA. 2021;325:265-79.



ANTECEDENTES

El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte en Estados Unidos. En 2014, se estimó que 480.000 muertes anuales eran atribuibles al tabaquismo, incluyendo la exposición pasiva al humo. En 2019, aproximadamente 50,6 millones de adultos estadounidenses, lo que supone el 20,8% de la población adulta, consumían tabaco.

En la actualidad, el 14,0% de la población adulta de Estados Unidos fuma cigarrillos y el 4,5% de la población adulta usa cigarrillos electrónicos.

Fumar durante el embarazo puede aumentar el riesgo de numerosas consecuencias adversas, como, por ejemplo, aborto espontáneo y anomalías congénitas o complicaciones en la descendencia, como síndrome de muerte súbita del lactante y deterioro de la función pulmonar en la infancia. Entre las mujeres embarazadas de Estados Unidos que dieron a luz en 2016, el 7,2% informó que fumaba cigarrillos durante el embarazo.



OBJETIVO

Para actualizar sus recomendaciones de 2015, el *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) ha llevado a cabo una revisión para evaluar los beneficios y los daños de las intervenciones de atención primaria sobre el abandono del consumo de tabaco en adultos, incluidas las

mujeres embarazadas. Las recomendaciones contenidas en esta declaración van dirigidas a adultos mayores de 18 años, incluidas las mujeres embarazadas.



EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

El USPSTF concluye con alta certeza que es importante el beneficio neto de las intervenciones conductuales y la farmacoterapia aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos para dejar de fumar, solas o combinadas, en adultos fumadores. Con la misma certeza, el USPSTF concluye que en las mujeres embarazadas es importante el beneficio neto de las intervenciones conductuales para dejar de fumar sobre los resultados perinatales y el abandono del hábito de fumar. La evidencia sobre las intervenciones de farmacoterapia para dejar de fumar en embarazadas es insuficiente, ya que hay pocos estudios disponibles y no se puede determinar el balance de beneficios y daños.

Respecto al uso de cigarrillos electrónicos, el USPSTF concluye que la evidencia sobre el uso de cigarrillos electrónicos para dejar de fumar tabaco en adultos, incluidas las embarazadas, es insuficiente y no se puede determinar el balance de beneficios y daños. Se ha identificado como una brecha crítica en la evidencia la falta de ensayos clínicos aleatorios bien diseñados sobre cigarrillos electrónicos que informen sobre la abstinencia de fumar o los eventos adversos.



RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumir tabaco y les proporcionen intervenciones conductuales y la farmacoterapia para dejar de fumar aprobada por la FDA para los adultos fumadores (recomendación A).

Se debe preguntar a todas las embarazadas sobre el consumo de tabaco, aconsejarles que dejen de consumir tabaco y ofrecerles intervenciones conductuales para dejar de fumar (recomendación A). El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el

balance de beneficios y daños de las intervenciones de farmacoterapia para dejar de fumar en personas embarazadas (declaración I).

El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños en adultos de los cigarrillos electró-

nicos para dejar de fumar, incluidas las embarazadas, por lo que los médicos deben orientar a los pacientes consumidores de tabaco hacia otras intervenciones para dejar de fumar con eficacia comprobada y seguridad establecida (declaración I).

PUNTOS CLAVE

- 】 Los médicos deben preguntar a todos los adultos, incluidas las mujeres embarazadas, sobre el consumo de tabaco y aconsejarles que dejen de fumar.
- 】 Se deben proporcionar intervenciones conductuales y la farmacoterapia para dejar de fumar aprobada por la FDA de Estados Unidos para los adultos que consumen tabaco.
- 】 A las mujeres embarazadas se les brindarán intervenciones conductuales para dejar de fumar, ya que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños de las intervenciones de la farmacoterapia para dejar de fumar utilizadas en embarazadas.
- 】 La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños de los cigarrillos electrónicos para dejar de fumar en adultos, incluidas las embarazadas. Los médicos deben orientar hacia intervenciones para dejar de fumar con eficacia comprobada y seguridad establecida.

RIESGO CARDIOVASCULAR DEL TABAQUISMO Y BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR

Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation

AUTORES:

Gallucci G, Tartarone A, Lerose R, Lalinga AV, Capobianco AM.

REFERENCIA:

J Thorac Dis. 2020;12:3866-76.



ANTECEDENTES

Fumar aumenta la mortalidad por todas las causas y tiene un papel crucial en la enfermedad cardiovascular (ECV) aterosclerótica. El consumo de tabaco causa aproximadamente 6 millones de muertes al año en todo el mundo. Incluso el tabaquismo pasivo es responsable de un aumento del 30% del riesgo de ECV aterosclerótica. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo determina el 10% de todas las ECV.



OBJETIVO

En esta revisión se informa de datos recientes sobre el vínculo causal entre el tabaquismo y las ECV, y sobre los beneficios de dejar de fumar.



RESULTADOS PRINCIPALES

Fumar provoca procesos oxidativos, afecta negativamente la función plaquetaria, la fibrinólisis, la inflamación y la función vasomotora. Todos estos efectos proaterogénicos duplican el riesgo de acontecimientos fatales a 10 años en los fumadores en comparación con los no fumadores.

Un tema de gran interés sobre el tabaquismo es la vulnerabilidad del sexo femenino. La mortalidad por ECV es mayor en las mujeres fumadoras que en los hombres fumadores. Además, las mujeres fumadoras muestran un riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria un 25% mayor que los hombres con la misma exposición al humo del tabaco. Esta vulnerabilidad femenina parece estar relacionada con genes implicados en la señalización de la trombina. Parece que los factores de riesgo cardiovascular ocurren antes en las mujeres fumadoras jóvenes sanas en comparación con los hombres fumadores jóvenes sanos. Además, las mujeres tienen riesgos peculiares relacionados con el tabaquismo relativos al embarazo y al uso de anticonceptivos orales.

Los efectos de dejar de fumar también se han estudiado ampliamente. Dejar de fumar a una edad temprana (40 años) tiene una impresionante reducción del 90% en el exceso de riesgo de muerte. Dejar de fumar tiene un gran papel en la reducción del riesgo cardiovascular, pero para los grandes fumadores todavía existe un riesgo residual notable después de 5 años. Se ha demostrado que fumar menos cigarrillos al día durante más tiempo es más peligroso que fumar durante menos tiempo. Ello refuerza la necesidad de dejar de fumar en lugar de reducir el hábito.

PUNTOS CLAVE

- ▮ Fumar cigarrillos no solo es un factor de riesgo de ECV crónica, sino que también es un inductor de acontecimientos aterotrombóticos agudos, como accidente cerebrovascular o infarto de miocardio, y tiene un impacto en la tolerancia a la glucosa y en los niveles de colesterol HDL.
- ▮ La guerra contra el tabaco aún necesita compromisos de todos los actores de la salud, porque la mejor arma es la abstinencia absoluta de fumar y, para lograr este importante resultado, es importante intervenir a nivel de la población con una batalla contra todos los hábitos de vida no saludables.
- ▮ Para lograr la salud cardiovascular debemos enfocarnos en los niños, adolescentes, adultos jóvenes y familias jóvenes, con el objetivo de asegurar hábitos saludables tempranos y sostenidos a lo largo del curso de vida.

REDUCIENDO LA CARGA MUNDIAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA MUJER PARA 2030

The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030

AUTORES:

Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al.

REFERENCIA:

Lancet. 2001;397:2385-438.



ANTECEDENTES

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad en las mujeres, y en 2019 ha sido la responsable del 35% del total de muertes en mujeres. Décadas de campañas comunitarias han ayudado a crear conciencia sobre la magnitud de las ECV en las mujeres. A pesar de los esfuerzos realizados, en la última década ha habido un estancamiento en la reducción general de la carga de ECV en las mujeres. La ECV en las mujeres sigue estando poco estudiada, mal reconocida, mal diagnosticada y mal tratada.

La Comisión de mujeres y enfermedades cardiovasculares de *The Lancet* representa el primer esfuerzo de este tipo para conectar a las partes interesadas, despertar la conciencia mundial sobre las disparidades relacionadas con el sexo y el género en las ECV y proporcionar un trampolín para futuras investigaciones.



OBJETIVO

El objetivo de este artículo es resumir la evidencia existente e identificar las brechas de cono-

cimiento en la investigación, prevención, tratamiento y acceso a la atención de las ECV en las mujeres.



MÉTODOS

Un equipo internacional de expertos y líderes en el campo ha resumido la evidencia existente e identificado las brechas de conocimiento en investigación, prevención, tratamiento y acceso a la atención para las mujeres, tras lo cual se han generado recomendaciones con un enfoque claro para reducir la carga global de ECV en las mujeres para 2030.



RECOMENDACIONES PRINCIPALES

Se recomienda desarrollar programas educativos para médicos, científicos, proveedores de atención médica aliados y comunidades sobre las ECV en mujeres.

Se recomienda priorizar la investigación específica por sexo centrada en identificar la fisiopatología y la historia natural de la ECV.

Deben desarrollarse estrategias para mejorar la inclusión y retención de mujeres en ensayos clínicos cardiovasculares.

Hay que priorizar la financiación a organizaciones mundiales de salud para programas de salud de ECV en mujeres de regiones socioeconómicamente desfavorecidas.

Se debe educar a los proveedores de atención médica y a los pacientes sobre la detección temprana y la prevención de ECV en mujeres jóvenes.

Se deben establecer iniciativas basadas en políticas y programas médicos y comunitarios sobre factores de riesgo de ECV en entornos frecuentados por mujeres.

Se deben adoptar alianzas público-privadas para desarrollar programas a gran escala para salvar vidas en mujeres con ECV.

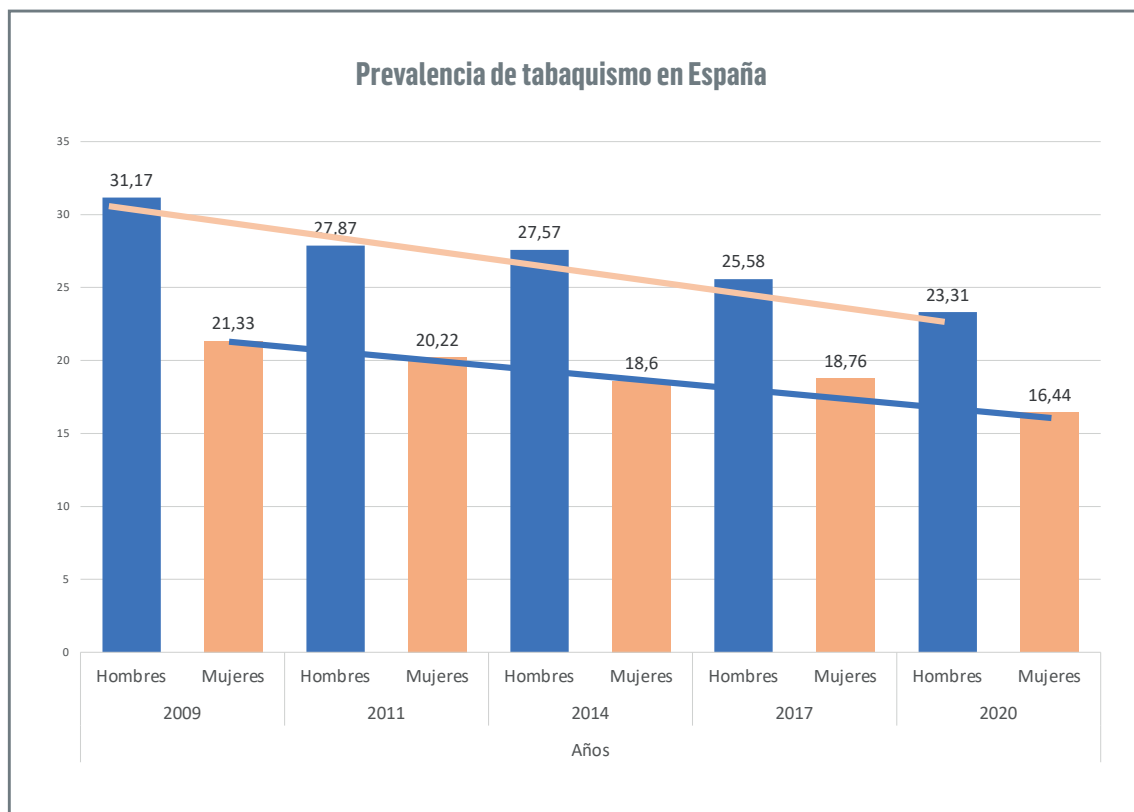
PUNTOS CLAVE

- Este artículo proporciona el marco esencial para una estrategia global unificadora para reunir muchas líneas de investigación, recopilación de datos e intervenciones de salud pública para conectarse en torno a un objetivo común.
- El impulso para luchar por la equidad y la igualdad de las mujeres en general, tanto social como culturalmente, se traduce en un momento extraordinario para invertir esa misma energía en mejorar la salud de las mujeres.

Imágenes en cardiología

Prevalencia de tabaquismo en España.

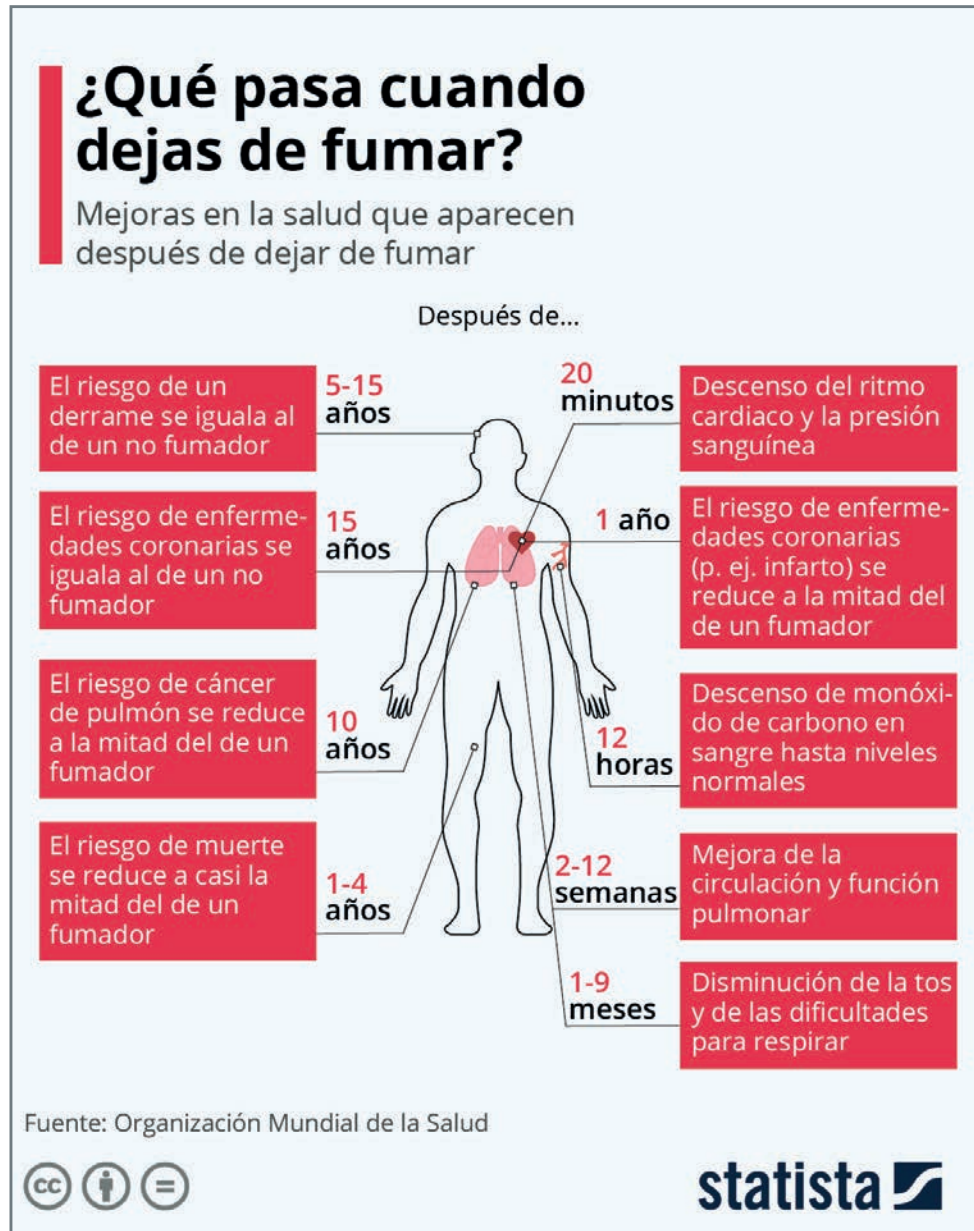
Se muestra la prevalencia de tabaquismo desde 2009, año en el que se observa una reducción más acusada en los hombres que en las mujeres. En 2009 las diferencias entre hombres y mujeres eran de 10 puntos porcentuales frente a 7 puntos en 2020.



Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad.

¿Qué pasa cuándo dejas de fumar?

Según la Organización Mundial de la Salud, solo 20 min después de fumar ya se empiezan a notar los primeros cambios físicos, como el descenso del ritmo cardíaco y de la presión arterial, que recuperan sus valores normales. Si mantenemos el cuerpo sin tabaco durante 10 años, disminuyen las probabilidades de padecer las grandes enfermedades asociadas al tabaquismo, como el cáncer de pulmón o las enfermedades coronarias.



Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/14049/que-pasa-cuando-dejas-de-fumar/>.

E entrevista

“Dejar de fumar reduce el riesgo de sufrir un infarto de miocardio a la mitad en solo un año”



DR. FRANCISCO CARRIÓN

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Hasta hace poco, el tabaquismo afectaba sobre todo a los hombres, pero en los últimos años el consumo de tabaco está aumentando entre las mujeres, especialmente en el grupo de las más jóvenes. ¿A qué cree que se debe esta tendencia?

Efectivamente, en los últimos 50 años ha habido un cambio de tendencia, con una reducción marcada de consumo de tabaco en los hombres y un aumento en las mujeres. A modo de ejemplo, en el año 2001, el tabaquismo afectaba al 44,7% de los hombres y al 27,7% de las mujeres de la Comunidad Valenciana, mientras que en la actualidad afecta al 22,9% de los hombres y al 17,5% de las mujeres. En el caso de las personas de 45 a 64 años, la prevalencia es similar, alrededor del 25%.

Como consecuencia de ello, las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco son hoy tan frecuentes en hombres como en mujeres. Y más

aún, en algunos estudios las tasas de tabaquismo en las chicas adolescentes son superiores a las de los chicos.

Esto viene de la mano de un cambio cultural que se inició en países del norte de Europa y en Estados Unidos, y llevó a las mujeres a una modificación de su estilo de vida y a adoptar papeles que hasta ese momento habían sido patrimonio de los hombres, entre ellos el consumo de tabaco. Por eso, en esos países, desde mediados de los años ochenta, el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, incluso superior al cáncer de mama. Esta situación no sucede todavía en nuestro país —es cuestión de tiempo, porque las mujeres se incorporaron al consumo de tabaco unos años más tarde—, pero la tendencia es la misma y sucederá en los próximos años. Y no solo en el cáncer de pulmón, también en la EPOC y en las enfermedades cardio-

vasculares, que son una de las principales causas de muerte en todo el mundo, tanto en hombres como en mujeres.

Las mujeres pueden padecer las mismas enfermedades que los hombres por el consumo de tabaco, pero ¿existen peculiaridades diferenciadas entre hombres y mujeres por sus diferencias biológicas?

Pueden existir algunas diferencias entre hombres y mujeres, pero lo importante es que el tabaquismo es una enfermedad crónica, y más aún, es la principal enfermedad en países desarrollados. La mitad de las personas fumadoras morirán prematuramente como consecuencia del consumo de tabaco, sea por enfermedades cardiovasculares, oncológicas, respiratorias o de otro tipo.

El problema es de tal magnitud que conviene abordarlo en todos los casos, buscando las peculiaridades por género que nos permitan mejorar la atención, pero sobre todo intentando que todas las personas fumadoras puedan recibir su diagnóstico y tratamiento como el caso de cualquier otra enfermedad, al margen de otras circunstancias que también influyen, como la publicidad.

¿Por qué las mujeres que fuman tienen más posibilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular?

Hay componentes genéticos que se han apuntado en algunos estudios y el hecho de que factores hormonales pudieran ser protectores frente a la enfermedad cardiovascular antes de la menopausia. Quizá uno de los problemas es que, precisamente por la creencia de que las mujeres tenían una cierta protección, se ha prestado menos atención a la enfermedad cardiovascular en la mujer y se ha incidido mucho menos en su diagnóstico y su tratamiento. Por fortuna, esta visión ha mejorado en los últimos años, ya que la enfermedad cardiovascular es muy frecuente en mujeres posmenopáusicas y también en mujeres en edad fértil.

Actualmente, se han hecho muchos llamamientos a la necesidad de incluir el tratamiento del tabaquismo en las mujeres de forma precoz. En muchos casos, la atención sanitaria en las mujeres se ha centrado en la salud materno-infantil y en la prevención del cáncer de mama, en que se han conseguido grandes avances. Sin

embargo, en el ámbito de la salud cardiovascular existe un retraso que debemos superar lo antes posible, ya que, en los países más desarrollados, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las mujeres. Y el tabaquismo es un factor determinante en hombres y en mujeres.

Este riesgo cardiovascular aumenta aún más en el caso de las fumadoras que toman anticonceptivos orales. ¿Se les explica adecuadamente el riesgo que conlleva la combinación de tabaco y anticonceptivos?

Probablemente haya que insistir más en los riesgos de los anticonceptivos, especialmente en mujeres fumadoras, y esa es una misión que deberían tomarse en serio en las unidades de salud sexual y reproductiva. El tabaquismo hay que considerarlo un factor de riesgo y una enfermedad importante en todos los casos, y si coexiste otro factor de riesgo cardiovascular, la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular se multiplica.

Por ello, me parece oportuno recordar que un estudio del año 2001 publicado en *New England Journal of Medicine*, ya recomendaba que antes de prescribir anticonceptivos orales a una mujer se deberían investigar sus factores de riesgo convencionales de enfermedad cardiovascular, y que el consejo más importante que se les debería dar es que dejen de fumar.

Durante el embarazo, ¿qué riesgos comporta el tabaquismo?

El desarrollo prenatal tiene una gran influencia en la vida posterior, y el tabaquismo durante el embarazo representa un problema sanitario muy importante. Así, por ejemplo, si una mujer fuma durante el embarazo duplica la probabilidad de que su hijo pueda morir, pero me parece importante destacar que si deja de fumar al principio de su embarazo, el exceso de riesgo desaparece y se equipara al de las no fumadoras.

Se ha podido calcular que si todas las embarazadas fumadoras dejaran el tabaco al principio de su embarazo, en España se salvaría el 25% de los recién nacidos muertos y se evitaría el 20% de las muertes en el primer año de vida. A pesar de ello, muchas mujeres embarazadas siguen fumando.

Intervenir en esos casos es, en mi opinión, prioritario, porque el desarrollo embrionario, cuando se está expuesto a la nicotina y a

otras sustancias cancerígenas del tabaco, tiene muchas consecuencias *a posteriori*. A modo de ejemplo, se ha analizado un metabolito de la nicotina, la cotinina, en el líquido amniótico de las gestantes fumadoras y de las gestantes no fumadoras, y se ha visto que la concentración es hasta 8 veces superior en las fumadoras y puede ser hasta 2,5 veces superior en las no fumadoras pero expuestas al humo ambiental de tabaco.

Esto indica que el niño, durante su desarrollo, no solo está expuesto a la nicotina, sino al resto de sustancias tóxicas. De modo que implementar medidas para reducir esa exposición es prioritario, porque hoy día el 15-20% de las mujeres siguen fumando durante la gestación.

¿Qué riesgos tienen las personas no fumadoras expuestas al humo del tabaco?

El tabaquismo pasivo es sin duda un gran problema, tanto en la infancia como en la edad adulta, y una causa muy importante de enfermedad y muerte prematura.

En las personas adultas, la exposición involuntaria al humo del tabaco aumenta entre el 20 y el 24% el riesgo de padecer cáncer de pulmón, y aumenta en un 30% el riesgo de padecer una enfermedad coronaria y en un 15% el riesgo de morir por afección cardíaca. Esto se ha estudiado muy bien en Estados Unidos, y se sabe que la principal consecuencia del tabaquismo pasivo en cuanto a mortalidad prematura es la enfermedad cardiovascular, tanto en hombres como en mujeres.

Como resultado de las políticas sanitarias, se consiguió reducir la tasa de fumadores pasivos y la de ingresos hospitalarios por enfermedades relacionadas con el tabaquismo en España. Y en parte gracias a la disminución del consumo de tabaco y de la exposición pasiva al humo del tabaco, que antes de esa fecha afectaba a casi la mitad de la población española.

En la Comunidad Valenciana, la tasa ajustada de ingreso hospitalario por infarto de miocardio, que hasta entonces subía cada año, pasó de 141 casos por 100.000 habitantes en 2005 a 119 en 2007 (después de la Ley 28/2005) y a 103 en 2013 (luego de la Ley 42/2010). El beneficio se observa tanto en hombres como en mujeres, principalmente en los mayores de 60 años.

¿Cree que las políticas públicas son suficientes o que deberían endurecerse y ampliarse, por ejemplo, aumentando el precio del tabaco o limitando más el consumo en lugares públicos, aunque sean exteriores?

Hay que mejorar. La última ley entró en vigor en enero de 2011 y estamos a 2023, de modo que habría que avanzar. Se debería evaluar esa ley y modificarla, pero no para hacerla más restrictiva, sino mejorándola para que cumpla su objetivo de mejorar la salud de la población.

Las consecuencias que ha tenido el tabaquismo para la humanidad son terribles, equiparables a la peste. En Estados Unidos se ha visto que, en el siglo xx, el tabaco ocasionó más muertes que todas las guerras en las que han participado. Y, por tanto, parece razonable ser muy proactivos en las políticas públicas de prevención. No pueden hacerse en entornos pequeños, deben hacerse de forma global y, por eso, hay que promover políticas adecuadas.

¿Diría que esas políticas o estrategias deberían centrar el foco en evitar que las personas se inicien en el tabaquismo?

Sin duda. El tabaquismo es una enfermedad crónica que empieza en la adolescencia, alrededor de los 13-14 años. Se sabe que la gran mayoría de fumadores empieza a fumar antes de los 20 años y, superada esa edad, muy pocos se inician en el consumo de tabaco. Por eso, es importante conocer cómo empiezan a fumar los adolescentes para intentar que no lo hagan.

¿En consecuencia, debería empezarse por la educación en edades tempranas, en la escuela, para evitar el inicio del hábito tabáquico?

En la Comunidad Valenciana se han hecho estudios que han demostrado que la intervención en los institutos, en los primeros cursos de educación secundaria, reduce la tasa de chicos y chicas que empiezan a fumar y facilita que los que ya se han iniciado lo dejen antes de tener una adicción consolidada. La edad media en la que se produce el primer consumo, tantos en chicos como en chicas, es a los 14,1 años, mientras que la edad en la que se inician en el consumo diario es 14,7 años.

También se sabe que algunos factores influyen en el inicio del tabaquismo en los adolescentes,

como tener padres fumadores o la coexistencia del consumo de alcohol y tabaco. Y por eso, quizá debería intervenir también sobre esos factores, por ejemplo, con programas que incluyan a los padres.

A esas edades, cuando no existe percepción del riesgo del tabaco, lo más importante es informar de los beneficios de no fumar y de los riesgos del tabaquismo pasivo, recurriendo a deportistas conocidos o líderes juveniles que aconsejen no incorporarse al consumo de tabaco. Es fundamental conseguir que los jóvenes no se inicien en el tabaquismo, para lograr que en un futuro existan entornos libres de humo.

Y en este sentido, hay algunas ideas que se han puesto en práctica en Nueva Zelanda y que se están contemplando también en algunos países europeos, como es Dinamarca, para lograr un país sin humo y que los chicos nacidos a partir de 2009-2010 nunca puedan acceder legalmente al tabaco. El objetivo es que, conforme pasen los años, estas poblaciones jóvenes sean libres de humo.

¿Deberían reorganizarse las acciones y responder al impacto del tabaco en la vida de las mujeres desarrollando mecanismos sensibles al enfoque de género?

Ante todo, las mujeres deben saber qué riesgo tienen por el consumo de tabaco. Muchas de ellas no consideran que el tabaquismo sea un riesgo para su salud. Y hay que considerar las diferentes circunstancias respecto a los hombres, y orientar también los tratamientos de forma distinta, teniendo en cuenta si algún tipo de tratamiento es más beneficioso en algún grupo de población.

Quizá una idea a la que serían sensibles las mujeres sería la de libertad, vivir sin adicciones es ser libre, porque al final una adicción te resta libertad. Y eso vale tanto para los hombres como para las mujeres, pero pienso que especialmente para las mujeres.

¿Se dispone de tratamientos eficaces y suficientes para dejar de fumar? ¿Se ha observado alguna diferencia en la respuesta entre hombres y mujeres?

En algunos estudios se ha demostrado que las mujeres tienen más dificultades para dejar de fumar, pero yo creo que no llega a ser representativo. Dejar de fumar

no es fácil, y para conseguirlo es fundamental que las personas fumadoras lo quieran realmente. Nosotros, como médicos, debemos intentar que los pacientes quieran dejar de fumar. Para ello hay que informarles del riesgo que supone para su salud el hecho de seguir fumando y, sobre todo, de los beneficios de dejar de fumar. También hay que informar de las diferentes opciones de tratamiento disponibles. Una vez toman la decisión de dejarlo, podemos ayudarles. Se estima que 7 de cada 10 fumadores querrían dejar de fumar, pero sin ayuda muy pocos lo consiguen.

Los fumadores pueden estar en distintas fases. Los que no se han planteado dejar de fumar son los que llamamos en fase de precontemplación, y nuestro objetivo es que quieran dejar de fumar. Los que tienen una alta dependencia de la nicotina, probablemente necesitarán un tratamiento farmacológico.

También hay pacientes en fase de contemplación crónica, que son los que siempre quieren dejarlo, pero nunca lo consiguen. Lo triste es que en muchos de esos casos nadie les ha ayudado a dejar de fumar de una forma reglada y rigurosa. En estos pacientes se consiguen muy buenos resultados cuando se identifica el problema, se diagnostica y se indica un tratamiento, que incluye consejo médico personalizado, a menudo apoyo psicológico, y también tratamiento farmacológico, con parches o chicles de nicotina o fármacos como la citisina, un tratamiento financiado por la Seguridad Social que se indica en personas fumadoras con alta dependencia de la nicotina y que quieren o han hecho intentos de dejar de fumar en el año previo.

Las distintas opciones de tratamiento farmacológico existentes han demostrado ser eficaces y muy eficientes, ya que proporcionan grandes beneficios a muy bajo coste. El problema es que no forman parte de la rutina asistencial, y eso es algo que tendría que cambiar. En la práctica médica habitual debería identificarse a los fumadores e indicar tratamientos cuando sean necesarios, siempre que el paciente desee realmente dejar de fumar.

Personalmente, llevo casi 25 años colaborando con los compañeros cardiólogos y en este tiempo se han producido grandes avances, pero estamos de acuerdo en que hay que seguir trabajando para mejorar.

Esta publicación ha sido patrocinada por Almirall

© 2023 de esta edición por Springer Healthcare Ibérica S.L.
ISSN: 2695-8767
Imagen de cubierta: ©Freepik