

TABAQUISMO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

SILVIO PAYASLIÁN, JAVIER POLLÁN, HELÍ HERNÁNDEZ, ANDREA VAUCHER,
ISIS BETANCOURT, HELGA CODINA, HUGO CELAURO

Estado actual del conocimiento

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo, responsable de aproximadamente 7 millones de fallecimientos por año^{1,2}. Existen casi 1000 millones de fumadores en el mundo, la mayoría de los cuales son varones y viven en países de bajos y medianos ingresos. La prevalencia de consumo de tabaco en las mujeres se ha venido incrementando en las últimas décadas, hasta casi igualar a la de los varones en algunas regiones o países. Las principales causas de muerte relacionadas a tabaquismo son la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer.

Riesgos

El tabaquismo es un factor de riesgo mayor e independiente para mortalidad cardiovascular, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica e insuficiencia cardíaca^{3,4}.

- Fumar 20 cigarrillos/día incrementa seis veces en la mujer y cuatro veces en el varón el riesgo de sufrir un infarto de miocardio, comparados con aquellos que nunca fumaron^{5,6}.

- Las mujeres fumadoras tienen un 25% más de riesgo de padecer enfermedad coronaria que los varones fumadores⁷ y también presentan más chance que el varón de presentar eventos adversos más graves luego de un síndrome coronario agudo⁸.

- Fumar o haber fumado más de 15 paquetes/año se asocia con un incremento de más del doble de riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca comparado con los nunca fumadores, en personas de raza negra⁹.

- Fumar aumenta la chance de padecer enfermedad vascular periférica; además, los pacientes que presentan la enfermedad y siguen fumando tienen un mayor riesgo de requerir internaciones por complicaciones de la enfermedad¹⁰.

- El incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular que presentan los fumadores con respecto a los no fumadores se observa aún con el consumo de dosis muy

bajas de tabaco (1 cigarrillo/día) y va aumentando de una manera dosis dependiente^{9,11-13}.

- El tabaquismo de segunda mano (también llamado tabaquismo pasivo) incrementa, por lo menos, un 20% a 30% el riesgo de padecer enfermedad coronaria, en una relación dosis dependiente¹⁴⁻¹⁷.

Recomendaciones

Los beneficios del abandono del tabaquismo sobre el riesgo cardiovascular están bien establecidos. Entre las personas que no tienen enfermedad coronaria, la reducción del riesgo de un evento cardíaco luego del abandono del tabaco es de un 7% a un 47%¹⁸⁻²⁰. La reducción del riesgo de eventos cardíacos se observa poco tiempo después del abandono y se va acentuando hasta llegar aproximadamente a los 15 años del abandono, momento en el cual el riesgo del ex fumador se iguala con el riesgo del nunca fumador²¹. Con el abandono se logra una reducción del riesgo de muerte en general, muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

La aproximación a la problemática del tabaquismo se desarrolla en diversos estratos de acción y es multimodal. El abordaje comienza en un primer nivel con políticas públicas que limitan la producción, comercialización, publicidad y consumo de productos derivados del tabaco y termina con guías de práctica clínica que en función de la evidencia generan recomendaciones para actores de la salud que tienen contacto directo con los pacientes tabaquistas.

La intervención de los médicos internistas ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del abandono del tabaquismo. Se recomienda la aproximación en pasos de las cinco "A"²²⁻²⁵ como se describe a continuación:

- "Ask" Interrogue sobre consumo y exposición a productos del tabaco (de primera y segunda mano) en cada consulta.

- "Advise" Aconseje abandonar el tabaco, con un mensaje corto, claro y personalizado.

- "Assess" Evalúe siempre el grado de dependencia a la nicotina y la preparación para el abandono del tabaco.

Se puede utilizar el Modelo Transteórico del Cambio²⁶ que permite identificar los estadios motivaciones: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento.

- “Assist” Ayude/asista a los fumadores a abandonar la adicción. Se recomienda la implementación de consejería para la modificación del comportamiento, más terapia farmacológica en la mayoría de los pacientes. En la primera línea de tratamiento están disponibles (ver aprobación para utilización en cada país):

- Varenicline
- Terapia de Reemplazo Nicotínico en sus cinco presentaciones: parche, chicle, pastilla, spray nasal, aerosol inhalatorio.

- Bupropion

La Citisina, si bien no se consigue en algunos países, puede ser considerada una alternativa efectiva, segura y económica a la terapia de primera línea^{27, 28}.

La elección de la medicación debe ser realizada sobre la base de las preferencias del paciente, disponibilidad, costos, experiencias previas y perfil de seguridad de los fármacos. La terapia combinada de dos o más fármacos es recomendada en casos graves o de recaídas. Existen consideraciones especiales a tener en cuenta en ciertas poblaciones (embarazadas, pacientes con enfermedad psiquiátrica, adolescentes, pacientes hospitalizados, etc.).

- “Arrange” Acuerde seguimiento con el objetivo de monitorear el proceso, reforzar consejería y reacomodar el tratamiento farmacológico.

Se puede concluir que el tabaquismo es una problemática con enorme impacto en los sistemas de salud y que genera gran morbimortalidad cardiovascular en la población. El abandono del tabaquismo es beneficioso en cualquier circunstancia y condición médica. Existen acciones a distintos niveles sanitarios que tienen probado impacto sobre la prevalencia del consumo. Los médicos internistas tienen a su alcance herramientas eficaces y seguras que han demostrado ser útiles en el tratamiento de la adicción por lo que se vuelve indispensable su conocimiento, aprendizaje y puesta en práctica en la atención de los pacientes tabaquistas.

Bibliografía

1. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>; consultado octubre 2022.
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. Qiao Q, Tervahauta M, Nissinen A, Tuomilehto J. Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35-year follow-up of middle-aged Finnish men. *Eur Heart J* 2000; 21: 1621-6.
4. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation* 2019; 139: e56-e528.
5. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 93: 450-6.
6. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ* 1998; 316: 1043-7.
7. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet* 2011; 378: 1297-305.
8. Howe M, Leidal A, Montgomery D, Jackson E. Role of cigarette smoking and gender in acute coronary syndrome events. *Am J Cardiol* 2011; 108: 1382-6.
9. Kamimura D, Cain LR, Mentz RJ, et al. Cigarette smoking and incident heart failure: insights from the Jackson Heart Study. *Circulation* 2018; 137: 2572-82.
10. Duval S, Long KH, Roy SS, et al. The contribution of tobacco use to high health care utilization and medical costs in peripheral artery disease: a state-based cohort analysis. *J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 1566-74.
11. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ* 2018; 360: j5855.
12. Rogot E, Murray JL. Smoking and causes of death among U.S. veterans: 16 years of observation. *Public Health Rep* 1980; 95: 213-22.
13. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519.
14. Steenland K, Thun M, Lally C, Heath C Jr. Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in the American Cancer Society CPS-II cohort. *Circulation* 1996; 94: 622-8.
15. Wells AJ. Passive smoking as a cause of heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 546-54.
16. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315: 973-80.
17. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease--a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340: 920-6.
18. Rose G, Hamilton PJ, Colwell L, Shipley MJ. A randomised controlled trial of anti-smoking advice: 10-year results. *J Epidemiol Community Health* 1982; 36: 102-8.
19. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *JAMA* 1982; 248: 1465-77.
20. Hjermmann I, Velve Byre K, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet* 1981; 2: 1303-10.

21. Duncan MS, Freiberg MS, Greevy RA Jr, Kundu S, Vasan RS, Tindle HA. Association of smoking cessation with subsequent risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2019; 322 :642-50.
22. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008; 53: 1217-22.
23. Park ER, Gareen IF, Japuntich S, et al. Primary care provider-delivered smoking cessation interventions and smoking cessation among participants in the National Lung Screening Trial. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1509-16.
24. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013: CD000165.
25. US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, et al. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021; 325: 265-79.
26. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.
27. Walker N, Smith B, Barnes J, et al. Cytisine versus varenicline for smoking cessation for Māori (the indigenous people of New Zealand) and their extended family: protocol for a randomized non-inferiority trial. *Addiction* 2019; 114: 344-52.
28. Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytosine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2013; 68: 1037-42.