



EDITOR INVITADO

## TABAQUISMO: PREVENCIÓN PRIMARIA

### *CIGARETTE SMOKING: PRIMARY PREVENTION*

*El tabaquismo, o el consumo habitual de tabaco en cualquiera de sus presentaciones o productos disponibles en el mercado mundial, dejó de conceptuarse como un simple hábito nocivo, para definirse como enfermedad potencialmente letal, debida al enorme compromiso generado por la afectación multisistémica a través del deterioro progresivo e irreversible del endotelio vascular.*

*Con hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y diabetes configura un ominoso cuadro de factores mayores de riesgo cardiovascular, eventualmente modificables, que ejerce su impacto deletéreo no sólo en todos los órganos y tejidos de la economía orgánica individual, sino también en la maltrecha economía del tejido social universal.*

*Su consumo rutinario en el sujeto portador de uno o más factores de riesgo adicionales, multiplica de manera exponencial el riesgo relativo de padecer una catástrofe vascular en cualquier territorio vulnerable. Y por depender enteramente de la voluntad del consumidor, es el único factor de riesgo 100% modificable. Los beneficios de su interrupción definitiva pueden cualificarse y cuantificarse de manera subjetiva y objetiva en el periodo inmediatamente posterior a la fecha límite.*

*Las altas tasas de prevalencia global, fluctuantes entre 20% y 35% para Europa, Asia y América, contrastando con algunos valores extremos del orden de 3% en Etiopía y 67% entre los hombres de China, han consolidado un grave y preocupante problema de salud pública que genera de manera directa, como factor de riesgo independiente, 30% de todas las muertes por enfermedad coronaria, 50% de los accidentes cerebro-vasculares y 30% de todas las defunciones por los diferentes tipos de cáncer, amén de su responsabilidad en 82% de las muertes por bronquitis crónica y enfisema (EPOC).*

*Para el 2000 se estimó en aproximadamente 5 millones el número de muertes por enfermedades directamente relacionadas con tabaquismo, liderando cáncer bronco-pulmonar, laringo-traqueal y de otras localizaciones (hepático, pancreático, colo-rectal, esófago-gástrico, vesical, cervical, etc.), cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, carotídea y periférica (aórtica, iliofemoral y femoro-poplítea) y obstrucción crónica de la vía aérea.*

*No deben olvidarse otras relaciones de causalidad o de potencialización: fumar y el consumo simultáneo de anticonceptivos orales en edad reproductiva multiplica por 10 el riesgo relativo de desarrollar catástrofes vasculares; fumar duplica el riesgo de demencia y de enfermedad de Alzheimer, multiplica por 8 el riesgo relativo de desarrollar aneurismas de aorta abdominal, incrementa la aparición temprana de cataratas, enfermedad periodontal, envejecimiento prematuro, menopausia precoz, osteoporosis, cicatrización retardada o defectuosa y artritis reumatoide. Hasta en 40% de infelices fumadores se reportan disfunción eréctil e impotencia. El uso de tabaco masticado incrementa en 50 veces los cánceres de la cavidad oral y otras lesiones de las encías; lo propio ocurre con los fumadores de pipa, puros o habanos que, erróneamente, se consideran inofensivos porque no se aspira el humo con sus 4.400 tóxicos presentes.*

*Los riesgos directamente atribuibles al consumo habitual de tabaco son proporcionales al número de cigarrillos diarios consumidos (efecto dosis-dependiente), profundidad de la inhalación, edad de iniciación*

La interacción de estas modificaciones hematológicas y metabólicas, sobre un sustrato de endotelio vascular previamente lesionado, condiciona respuestas hemodinámicas anormales (incrementos de frecuencia cardíaca, tensión arterial, gasto cardíaco, resistencias vasculares periféricas, consumo miocárdico de oxígeno) con disminución del umbral para la generación de arritmias, una disminuida reserva de flujo coronario y un evidente compromiso de su autorregulación.

La vasoconstricción coronaria aguda obedecería a efectos locales de tromboxano, liberación plaquetaria de vasopresina o liberación sistémica de catecolaminas. Y se sabe que la angina vasoespástica es veinte veces más frecuente en fumadores.

## Prevención

Toda la evidencia clínica y epidemiológica disponible en la literatura científica, es absolutamente contundente en clasificar el consumo habitual de tabaco como una enfermedad con códigos propios en la clasificación internacional de enfermedades (Z-720: consumo de tabaco, F-172: dependencia de nicotina). Los efectos deletéreos sobre los sistemas cardiovascular y respiratorio, además de su funesto impacto en carcinogénesis y otros padecimientos ya mencionados, consolidan al tabaquismo como primer mecanismo responsable y 100% prevenible de muertes en el mundo.

El cigarrillo, por consumo directo o por fumado pasivo, termina anticipando la muerte de sus víctimas, disminuyendo a la mitad su expectativa de vida (se calcula en más o menos 10 años la menor sobrevivida al comparar fumadores contra no fumadores). En la actualidad, más de 25% de hombres y mujeres mayores de 35 años fallecen por trastornos o enfermedades directamente relacionadas con el tabaco; y éste elimina de la faz de la Tierra más seres humanos que el SIDA, el consumo de drogas ilegales, accidentes de tránsito, suicidios y homicidios combinados. En el siglo XX se estima que murieron 100 millones de personas por tabaquismo; para el siglo XXI se espera que sean 1.000 millones. En el año 2000 fueron 4,8 millones y en el 2002 la cifra se incrementó a 4,9 millones.

Para poder intervenir de manera exitosa este grave problema de salud pública, con características de epidemia, igual de peligroso que el hambre y la violencia, se deben identificar los mecanismos responsables en la iniciación y consolidación del consumo, partiendo de lo obvio, como son los ambientes familiar, escolar, laboral y social de los afectados, teniendo en cuenta que existen, además, agentes de seducción predisponentes, generadores, disparadores, potenciadores y perpetuadores. Todos ellos confluyen y se confabulan para mantener un status de sometimiento y dependencia física y mental del tóxico, para configurar una enfermedad adictiva semejante a la provocada por el alcohol y otras drogas psico-activas. Se especula que la nicotina sería la segunda droga más potente en generar adicción, después de la heroína.

Las razones para dejar de fumar son obvias y contundentes, con resultados beneficiosos a corto, mediano y largo plazo, para la salud física, mental y económica del individuo y su comunidad. Desde el primer día de cesación comienzan a desactivarse todos los mecanismos involucrados en los procesos de disfunción endotelial y carcinogénesis, con mejoría evidente de la función pulmonar hacia los tres meses, reducción del riesgo coronario a un año, de accidente cerebro vascular entre 5 y 15 años y de cáncer bronco-pulmonar y EPOC hacia los 10 años, aunque con el cáncer puede esperarse que ocurra hasta 20 años después de haber abandonado el cigarrillo. Dejar de fumar genera beneficios tangibles a cualquier edad e incrementa, sin duda alguna, la expectativa de vida.

Las propuestas más efectivas para incentivar el abandono del cigarrillo deben involucrar no sólo a la familia y otros personajes de su entorno social, sino a los diferentes profesionales de la salud que deben participar en su manejo: médicos de atención primaria y especialistas, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas respiratorias, rehabilitadores cardiovasculares, deportólogos, etc.

Las estrategias de prevención primaria deben ser entusiastas, agresivas, documentadas, seductoras y permanentes, de modo que generen corrientes de empatía con las potenciales víctimas futuras, abundando en razones convincentes y evidencias incuestionables, que le faciliten al niño, al adolescente y al adulto en riesgo, suficientes elementos de juicio para dimensionar la magnitud del problema.

En ese proceso se debe contar con el apoyo de instancias gubernamentales que implementen mecanismos coercitivos eficaces para desarrollar planes de «contra-mercadeo», desestimular y, eventualmente, sancionar el consumo:

1. Prohibir la publicidad explícita en medios masivos de comunicación (prensa, radio, televisión, Internet), vallas o pancartas callejeras urbanas y rurales.