



EDITORIAL

Tabaquismo: el enemigo del corazón

Smoking: The enemy of the heart

En enero del año en curso se celebran cincuenta años del informe del cirujano general de los Estados Unidos, donde describían por primera vez los efectos deletéreos del cigarrillo sobre la salud¹. En los años siguientes se pasó de identificar una asociación entre el tabaquismo y la enfermedad cardiovascular, a un análisis epidemiológico y fisiopatológico detallado que confirmó una relación causal con la enfermedad coronaria, la enfermedad arterial periférica y el accidente cerebrovascular.

Las dos moléculas implicadas en forma directa con enfermedad cardiovascular son el monóxido de carbono y la nicotina². El primero produce hipoxemia, que favorece la liberación de radicales libres y el desarrollo de placas ateroscleróticas precoces por lesión y disfunción endotelial. La segunda afecta el sistema cardiovascular mediante vasoconstricción coronaria, liberación de catecolaminas, alteración del metabolismo de los lípidos —reducción del colesterol HDL y mayor oxidación del LDL— e inducción de un estado de hipercoagulabilidad por alteración de la membrana plaquetaria, aumento de la trombina y el fibrinógeno³.

Por cada diez cigarrillos diarios que se fuman la mortalidad por enfermedad cardiovascular aumenta un 18% en los hombres y un 31% en las mujeres. En los hombres fumadores el infarto agudo del miocardio puede aparecer en promedio una década antes en relación con los no fumadores y si el consumo es mayor a veinte cigarrillos por día, puede anticiparse aproximadamente veinte años. Las mujeres no fumadoras desarrollan un primer evento coronario casi diez años después que los hombres; en cambio, las fumadoras pueden desarrollar un infarto agudo del miocardio a edades similares que los varones^{4,5}.

Hoy se reconoce en el tabaquismo la pandemia del siglo XXI. Una enfermedad crónica adictiva potencialmente curable y que mata al 50% de los consumidores. Es responsable de más de 5 millones de muertes cada año en el mundo

—1 millón en América... y que serán el doble para el 2025, sin contar que los costos de manejar pacientes con enfermedades asociadas al tabaco son astronómicos⁶.

En Colombia, de acuerdo con datos obtenidos del estudio realizado el año anterior por el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (IETS), en compañía del Instituto Nacional de Cancerología, cada año 112.891 personas sufren enfermedades cardiovasculares y cada día mueren 72 por enfermedades atribuidas al tabaco. Se gastan cada año 4.23 billones de pesos en costos de salud por enfermedades causadas por el consumo de tabaco⁷.

La respuesta de la sociedad a este problema de salud pública es el primer tratado internacional en materia de salud: El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, cuyo objetivo es “proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias de salud, sociales, medio ambientales y económicas resultantes del uso de tabaco y de la exposición al humo de tabaco”. Se oficializó el 21 de mayo de 2003 y a la fecha ha sido firmado por 168 países. Es un conjunto de políticas públicas que incluyen, entre otras, aumento de los precios e impuestos del tabaco para reducir su demanda; espacios 100% libres de humo; prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y educación, comunicación, formación y concientización del público⁸. Colombia ratificó su adhesión a este convenio en 2008 y en 2009 promulgó la ley 1335 para garantizar la protección a los no fumadores, especialmente los menores de edad, y establecer las normas sobre consumo, venta, publicidad y promoción de cigarrillo y derivados del tabaco. También estableció la creación de programas de salud y educación para disminuir el consumo y favorecer el abandono de la dependencia en los fumadores. Sin embargo, es lamentable que la reglamentación e implementación de esta ley avance con lentitud pasmosa en temas relacionados con impuestos, precios y sanciones⁹.

Así las cosas, es urgente que los médicos, que en el diario vemos la consecuencia del consumo del tabaco, tomemos una posición clara y definida ante la principal causa prevenible de muerte y enfermedad en el mundo en varios frentes. En primer lugar, diagnosticar, registrar en la historia y ofrecer en forma sistemática ayuda para los pacientes fumadores. Promover la creación de cátedras específicas de tabaquismo en las universidades en pre y posgrados de Medicina, Odontología, Enfermería y demás, para masificar el manejo de esta enfermedad, así como se ha logrado con muchas afecciones cardiovasculares y pulmonares. Impulsar la creación de consultas especializadas y clínicas de cesación estructuradas para dar tratamiento efectivo a los adictos al tabaco. Exigir del Estado la aplicación de normas vigentes, como fortalecer los espacios libres de humo, aumentar las advertencias en las cajetillas por encima del 50%, elevar los precios e impuestos al tabaco y prohibir de manera efectiva la venta al menudeo y a menores de edad, y finalmente, participar desde las asociaciones científicas para lograr la inclusión en los planes obligatorios de salud de los medicamentos necesarios para tratar estos pacientes.

Se tienen grandes retos por delante. El más importante, avanzar hacia una mayor conciencia social para el respeto de la legislación sobre el consumo de tabaco y la necesidad de abordar el tabaquismo como un tema prioritario en nuestros planes de trabajo. Es preciso impulsar y apoyar programas de prevención del tabaquismo en colegios, universidades y comunidades, con miras a combatir el incremento de fumadores jóvenes.

Para terminar, desde la academia conviene fomentar la formación y la investigación para conseguir profesionales de la salud idóneos en el manejo de los pacientes víctimas de esta enfermedad.

Nos corresponde escribir la historia de los próximos cincuenta años de la lucha contra el tabaquismo.

Bibliografía

1. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to Surgeon General of the Public Health Service. Washington, D.C.: U.S. Department of Health Education and Welfare/Public Health Service, 1964 [consultado 1 May 2014]. Disponible en: <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/Views/Exhibit/narrative/smoking.html>
2. Czernin J, Waldherr C. Cigarette smoking and coronary blood flow. *Prog Cardiovasc Dis.* 2003;45:395-404.
3. Athyros VG, Katsiki N, Doulas M, Karagiannis A, Mikhailidis DP. Effect of tobacco smoking and smoking cessation on plasma lipoproteins and associated major cardiovascular risk factors: a narrative review. *Curr Med Res Opin.* 2013;29:1263-74.
4. Hansen E, Andersen L, Von Eyben F. Cigarette smoking and age at first acute myocardial infarction, and influence of gender and extent of smoking. *Am J Cardiol.* 1993;71:1439-42.
5. Framingham Heart Study Coronary Heart Disease (10-year risk). Disponible en: <http://www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/coronary-heart-disease/index.php> [consultado 2 May 2014].
6. OMS Tabaquismo. Nota descriptiva n.º 339 mayo 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> [consultado 5 May 2014].
7. Radiografía del tabaquismo en Colombia IETS INC noviembre 2013 [consultado 5 May 2014]. Disponible en: <http://ietscolombia.blogspot.com/2013/11/iets-presenta-radiografia-del.html>
8. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [consultado 5 May 2014]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/
9. Ley 1335 de 2009 (julio 21) [consultado 5 May 2014]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1333_2009.html

Nelson Páez

*Programa Cesación de Tabaco,
Fundación Neumológica Colombiana, Colombia*

Correo electrónico: npaez@neumologica.org