

Tabaco y enfermedad coronaria: el abandono del tabaco es el mejor fármaco

Josep M. Ramon

Unidad de Tabaquismo. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

El consumo de tabaco constituye la principal causa prevenible de morbimortalidad, pero sólo alrededor de un 60% de médicos generalistas y especialistas confían en su habilidad para aconsejar de forma adecuada a sus pacientes de que abandonen el hábito.

En pacientes que han padecido un IAM, el abandono del consumo de tabaco se asocia con unas menores tasas de reinfarcto y con un incremento de la supervivencia, lo que, por sí solo, justificaría la importancia del consejo antitabáquico en la reducción de la mortalidad coronaria y de los acontecimientos no fatales. La mayoría de las sociedades científicas^{1,2} hacen un especial énfasis en la ayuda a los pacientes fumadores en su proceso de abandono del consumo de tabaco como una de las principales medidas de prevención secundaria, que debería ser usada de forma sistemática en dichos pacientes.

En un reciente estudio realizado en 9 países europeos³, entre ellos España, en pacientes coronarios que requirieron hospitalización, se comprobó que en un 20% de los pacientes no constaba el consumo de tabaco en su historia clínica, y que en un 35% de los casos no existían registros del consumo en las visitas y controles de seguimiento. Un punto todavía más significativo presentado por el mismo estudio fue que el 50% de los pacientes inicialmente fumadores continuaban fumando, o había recaído, a los 3 meses del episodio inicial.

En un excelente metaanálisis realizado por Berkel et al⁴ sobre el impacto de las intervenciones frente al tabaquismo en el pronóstico de los pacientes coronarios se observó, al analizar los datos combinados de 10 ensayos aleatorizados, un 61% de abandonos entre el

grupo intervención en comparación con el 42% estimado en los grupos control, con una reducción del 50% en el número de fumadores (OR = 0,5; IC del 95%, 0,41-0,61) cuando existe intervención por parte de los profesionales de la salud sobre el paciente coronario fumador. El mismo estudio, y a partir de estudios observacionales, estimó una reducción del 38 y del 43% de la mortalidad y episodios no fatales, respectivamente, entre pacientes coronarios que dejaron de fumar respecto a los que continuaban fumando.

Ante todos estos datos, no cabe ninguna duda de que los pacientes coronarios que continúan fumando, o recaen a los pocos meses, tienen un peor pronóstico que aquellos que dejan de fumar de forma definitiva. Si bien la carga asistencial es un hecho a tener en cuenta, la continuidad de la atención cardiológica en los pacientes coronarios permite la implementación de intervenciones breves, cuyo papel resultará fundamental en el manejo del paciente fumador. Estas intervenciones se han resumido en cuatro puntos básicos: *a)* preguntar siempre por el consumo; *b)* aconsejar de forma clara a los pacientes fumadores sobre el abandono del consumo; *c)* ayudar a los fumadores que deseen dejar el tabaco, y *d)* establecer seguimientos que eviten posibles recaídas.

Son varias las posibles estrategias que se han aplicado en el manejo y la intervención del paciente fumador, pero son aquellas que combinan un consejo intenso con estrategias conductuales y tratamiento farmacológico las que han demostrado unas mayores tasas de éxitos.

En relación con el consejo al paciente, es deseable una aproximación positiva e individualizada del problema, ya que es mucho más motivador si se pone un especial énfasis en los beneficios del abandono del consumo. Las estrategias conductuales se basan, en parte, en que el tabaquismo es una conducta aprendida, y su objetivo es identificar y cambiar esos factores que se asocian con el consumo de tabaco. Deberíamos aconsejar estrategias que permitan identificar estos factores asociados con los deseos de fumar y sustituirlos por otro tipo de actividades. Si al consejo y a las estrategias con-

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 445-51

Correspondencia: Dr. J.M. Ramon.
Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Preventiva.
Hospital Universitario de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n. 08907 Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
Correo electrónico: jmramon@csub.scs.es

Full English text available at: www.revespcardiol.org

ductuales asociamos tratamientos farmacológicos, las tasas de éxitos a los 12 meses pueden acercarse al 30%⁵. Entre los fármacos de primera elección que pueden ser utilizados en la deshabituación tabáquica se encuentran dos tipos de productos: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropión. La utilización de la TSN en pacientes coronarios ha presentado cierta controversia debido a que algunos de los efectos cardiovasculares del cigarrillo se atribuyen a la nicotina. Los mecanismos mediante los cuales el consumo de tabaco se asociaría a acontecimientos coronarios son varios. En primer lugar, y posiblemente el más importante, mediante la mediación de un estado de hipercoagulabilidad y de promoción de la trombosis. Estos efectos no se han observado durante el uso de TSN, como los parches transdérmicos o los chicles de nicotina. Un segundo mecanismo sería el papel del monóxido de carbono sobre la pared vascular; éste estaría presente en el humo del cigarrillo, pero no en la TSN. En tercer, y último lugar, estarían los efectos hemodinámicos de la nicotina elevando la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el trabajo cardíaco, con un incremento de las demandas de oxígeno. La información disponible nos indica que la TSN tiene unos efectos similares, o incluso menores, que el consumo de tabaco sobre el incremento del trabajo cardíaco.

El riesgo de la TSN en pacientes con enfermedad cardiovascular no ha sido del todo comprobado, pero los estudios experimentales efectuados sugieren que el riesgo no es superior al presentado por la persistencia en el consumo de tabaco^{6,7}.

En el presente número de la Revista, Serrano et al⁸ presentan un excelente estudio de casos y controles efectuado en una cohorte de pacientes diagnosticados de un primer episodio de IAM, donde describen la asociación entre la persistencia en el consumo de tabaco y la frecuencia de nuevos episodios. Los casos consistieron en pacientes con reinfarcto, fatal y no fatal, a lo largo del período del estudio, y los controles fueron pacientes de la misma cohorte que no presentaron un nuevo episodio tras el primer diagnóstico. Tanto casos como controles recibieron idénticas intervenciones de prevención secundaria, y el número de no fumadores iniciales fue similar en ambos grupos. Es de destacar que el número de pacientes con un segundo episodio que continuaron fumando fue más del doble que los observados en el grupo control⁸. La persistencia del consumo se asoció de forma significativa con la recidiva del episodio coronario, con una probabilidad tres veces superior a la hallada en los pacientes que abandonaron el consumo de tabaco. Esta asociación observada fue independiente de otros factores estudiados, como los estilos de vida, el tratamiento farmacológico recibido y los antecedentes personales y familiares.

Resultados como los aportados por Serrano et al nos reafirman en la importancia que adquiere el abandono del consumo de tabaco en los pacientes coronarios, siendo necesarios más programas de intervención en dichos pacientes que faciliten el abandono en aquellos más dependientes a la nicotina y en los que demuestren más dificultades en mantenerse abstinentes, dadas las importantes implicaciones en la morbimortalidad asociada a los pacientes que persisten en el consumo. Programas protocolizados de intervención iniciados durante la hospitalización han demostrado resultados esperanzadores⁹ en pacientes que han abandonado el consumo y se muestran muy motivados en permanecer abstinentes. Por el contrario, intervenciones especializadas en pacientes que continúan fumando y menos motivados necesitan de más estudios que permitan evaluar su eficacia en pacientes coronarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary Heart disease in clinical practice. Recommendations of the second joint task force of the European and of the Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J* 1998;19: 1434-503.
2. Smith SC Jr, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Cerqueira MD, Dracup K, et al. AHA/ACC Guidelines for Preventing Heart Attack and Death in Patients with Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2001 update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1581-3.
3. Van Berkel TF, Boersma H, De Baquer D, Wood D. Registration and management of smoking behaviour in patients with coronary heart disease. The EUROASPIRE survey. *Eur Heart J* 1999;20: 1630-7.
4. Berkel TF, Boersma H, Roos-Hesselink JW, Erdman RA, Simoons ML. Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* 1999;20:1773-82.
5. Silagy C, Otead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane review). *Cochrane library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update software.
6. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka AV, Westman EC, Steele BG, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1792-8.
7. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1422-31.
8. Serrano M, Madoz E, Ezpeleta I, San Julian B, Amézqueta C, Pérez-Marco JA, et al. Abandono del tabaco y riesgo de nuevo infarcto en pacientes coronarios: estudio de casos y controles anidados. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:
9. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324:1-6.