

Deshabitación tabáquica e igualdad social

Sr. Editor:

Estamos totalmente de acuerdo con el editorial de López García-Aranda¹ publicado en el número de noviembre de 2001 de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, en el que se concluye que no hay justificación para mantener una actitud pasiva o poco diligente ante el tabaquismo de los pacientes cardíacos. Los recientes resultados del estudio EUROASPIRE², realizado en varios países europeos, indicaban que el 21% de los pacientes con cardiopatía isquémica seguían fumando a los 6 meses del ingreso hospitalario en 1999 (19% en 1995). En Cataluña estos porcentajes aumentaron del 12% en 1995 al 18% en 1999, mientras que en el conjunto de España el estudio PREVESE³ indicaba que sólo el 9,5% de los pacientes coronarios seguían fumando. Los resultados del estudio EUROASPIRE demuestran además que, mientras que entre los pacientes sometidos a *bypass* coronario fumaban el 16% a los 6 meses de la intervención quirúrgica, este porcentaje se elevaba al 26% entre los que habían padecido un infarto agudo de miocardio y al 22% entre los sometidos a angioplastia. Creemos que estas cifras indican de forma indirecta la pasividad generalizada que ha existido hasta ahora frente al problema del tabaquismo por parte de algunos sectores de la profesión médica. Más allá de la evidencia epidemiológica, los efectos biológicos del humo de los cigarrillos han sido sobradamente demostrados⁴.

Sin embargo, la razón principal que nos impulsa a escribir esta carta es la de llamar la atención sobre el hecho de que el tabaquismo no se distribuye de forma homogénea entre la población. Los resultados del estudio MONICA en España indican que, al igual que en otros muchos países, la prevalencia de fumadores se relaciona de forma inversa con la educación: en 1996 fumaban el 33% de los varones universitarios frente al 53% de aquéllos con nivel educativo primario⁵. Las razones de estas desigualdades sociales son múltiples y su análisis está fuera del objetivo de esta carta, pero es importante recordar que su origen y perpetuación van mucho más allá del simple (des)conocimiento racional de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud.

La tarea de la deshabituación tabáquica no es fácil, como señalan Morchon et al⁶ en el artículo que motiva el editorial de López García-Aranda, puesto que requiere una intervención sostenida durante varios meses. Los resultados del Ensayo Multifactorial Colaborativo de prevención en el medio laboral, coordinado por la OMS⁷, demostraron con claridad en la década de los 80 que la deshabituación al tabaco es factible y resulta más fácil de conseguir en los pacientes de alto riesgo, debido a la motivación derivada de la constatación en tiempo real de su pérdida de salud. Pero dicho ensayo también señaló otros dos aspectos a nuestro juicio importantes: primero, que los resultados conseguidos son proporcionales al esfuerzo y a los recursos invertidos, y segundo, que España y Polonia, los dos países participantes en el estudio con circunstancias sociales adversas, obtuvieron resultados menos espectaculares en deshabituación tabáquica que el resto de los países.

Es por tanto esencial conocer las características sociales de nuestros pacientes para tenerlas en cuenta en la aplica-

ción del entramado de intervenciones necesarias para disminuir el riesgo cardiovascular. La deshabituación tabáquica es necesaria y debe plantearse de forma integrada con la intervención sobre el resto de los factores de riesgo y con la misma intensidad y dedicación que la cardiología aplica al control de los propios síntomas de la enfermedad coronaria. La extensión y creación de unidades de rehabilitación cardíaca dotadas de personal multidisciplinario deberían sin duda ayudar a conseguir estos objetivos de prevención secundaria, pero es imprescindible que estas unidades estén disponibles en la sanidad pública con el fin de asegurar que den servicio a quien más lo necesita y evitar así los errores en que ya han incurrido otros países^{8,9}.

Susana Sans y Guillermo Paluzié

Instituto de Estudios de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. López V. Tabaquismo: tiempo de actuar. Rev Esp Cardiol 2001; 54:1254-5.
2. EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. Lancet 2001;357:995-1001.
3. DeVelasco JA, Cosin J, López-Sendón JL, De Teresa E, De Oya M, Carrasco JL, et al, en nombre del grupo de investigadores del estudio PREVESE. La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE. Rev Esp Cardiol 1977;50: 406-15.
4. Smith CJ, Fischer TM. Particulate and vaporphase constituents of cigarette main stream smoke and risk of myocardial infarction. Atherosclerosis 2001;158:257-67.
5. Paluzié G, Sans S, Balaña LI, Puig T, González-Sastre F, Balaguer-Vintró I. Tendencias seculares de tabaquismo según nivel educativo entre 1986 y 1996: estudio MONICA-Cataluña. Gac Sanit 2001;15:303-11.
6. Morchon S, Blasco JA, Rovira A, Arias CN, Ramón JM. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. Rev Esp Cardiol 2001;54:1271-6.
7. Tunstall-Pedoe H, Sans S, Balaguer-Vintró I, en nombre del grupo colaborativo de la Organización Mundial de la Salud. Cambios en los factores de riesgo coronario durante 6 años de intervención en el Ensayo Multifactorial Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud. Rev Esp Cardiol 1989;42(Supl):3-26.
8. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;1:405-12.
9. Gillan SJ. Provision of health promotion clinics in relation to population need: another example of the inverse care law? British J Gen P 1992;42:54-6.