

riesgo de una complicación cerebrovascular está infravalorado. En el *British Regional Heart Study* se observó que unos niveles plasmáticos de creatinina superiores a 1,3 mg/dl se acompañaban de un incremento significativo del riesgo de ictus, incluso tras ajustar para numerosos factores de riesgo. Asimismo, en pacientes con hipertensión sistólica aislada los niveles de creatinina plasmática se asocian con un *hazard risk* de ictus 1,25 veces más elevado. En un análisis conjunto de estudios poblacionales, la presencia de insuficiencia renal se asociaba con un *hazard ratio* para la aparición de ictus de 1,17 (IC 95%: 0,95-1,44;  $p=0,13$ ).

Con frecuencia, los factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis son manejados inadecuadamente en pacientes con insuficiencia renal. De hecho, un estudio reciente muestra que sólo el 35% de pacientes con insuficiencia renal y enfermedad cardiovascular establecida presenta unos niveles de presión arterial por debajo de 140/90 mmHg; sólo el 45% estaban recibiendo tratamiento antiagregante, y únicamente el 50% de los que presentaban dislipemia recibían tratamiento con estatinas. Las recomendaciones de la *National Kidney Foundation* para el manejo de la enfermedad cardiovascular en el paciente renal insisten en considerar a dichos pacientes en el nivel de riesgo cardiovascular más elevado. Los resultados de este estudio también apoyan esta recomendación.

J. Segura

## Consumo de tabaco y riesgo de infarto de miocardio: estudio INTERHEART

El consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular evitables. Este trabajo analiza los riesgos asociados al consumo de tabaco (tanto consumo activo como pasivo).

Se trata de un estudio que incluyó a 27.089 participantes (12.461 casos con infarto agudo de miocardio [IAM] y 14.637 controles) procedentes de 52 países distribuidos por todo el mundo. Se analizó la relación entre el riesgo de presentar un infarto de miocardio y el consumo actual o pasado de tabaco, tipo de tabaco, cantidad de tabaco consumido, efecto de la suspensión del tabaco y efecto de la exposición al humo. Se controlaron diversas variables confundentes como las diferencias en los hábitos de vida entre fumadores y no fumadores.

El consumo actual de tabaco se asoció con un mayor riesgo de IAM no fatal (*odds ratio* [OR]: 2,95; IC 95%: 2,77-3,14;  $p<0,0001$ ) en compa-

ración con el sujeto que nunca había fumado. Dicho riesgo aumenta un 5,6% por cada cigarrillo adicional consumido. Dicho riesgo disminuye a 1,87 (IC 95%: 1,55-2,24) a los tres años de abandonar el consumo de tabaco. La práctica de masticar tabaco se asoció con un OD de 2,23 (1,41-3,52) y aumentaba hasta 4,09 (2,98-5,61) en los sujetos fumadores que consumían tabaco masticado. La exposición al humo se asoció con un riesgo que aumentaba de forma gradual en función del tiempo de exposición: 1,24 (1,17-1,32) en sujetos expuestos al menos 1,7 horas por semana, y 1,62 (1,45-1,81) en los sujetos más expuestos (más de 21 horas por semana). Los fumadores varones jóvenes tenían el mayor riesgo atribuible (58,3%; IC 95%: 55,0-61,6) y las fumadoras de edad avanzada el más bajo (6,2%; 4,1-9,2). El riesgo atribuible para la exposición al tabaco más de una hora por semana en sujetos no fumadores fue del 15,4% (12,1-19,3).

Por tanto, el consumo de tabaco es una de las causas más importantes de la aparición de IAM, especialmente en varones. Todas las formas de consumo de tabaco deben ser evitadas para prevenir la aparición de complicaciones cardiovasculares.

Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al; INTERHEART Study investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368:647-58.

## Comentario

Actualmente se calcula que el número de fumadores en el mundo es de unos 1.300 millones de sujetos, de los cuales un 82% vive en países en vías de desarrollo. A lo largo del siglo XX se han producido en el mundo 100 millones de fallecimientos por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Durante el siglo XXI dicha cifra se multiplicará por 10. La mitad de estos fallecimientos se producirán entre sujetos de edad media (35-69 años), que perderán una media de 22 años de vida. La mayor parte de estos fallecimientos se produce en la población masculina, si bien se espera que la mortalidad relacionada con el tabaco en la mujer se incrementará sustancialmente como consecuencia de un mayor consumo de tabaco inhalado en países desarrollados y un elevado consumo de tabaco masticado en países en desarrollo.

El riesgo de enfermedad coronaria asociado al consumo de tabaco ha sido claramente establecido en estudios realizados en países desarrollados, pero son escasos los datos procedentes de otras áreas geográficas. La información disponible es difícil de comparar, y la extrapolación de resultados de estudios realizados en países de-

sarrollados a otras áreas geográficas puede no ser apropiado, ya que los patrones de consumo de tabaco pueden ser muy diferentes.

El presente estudio aporta varios datos relevantes sobre el consumo de tabaco. En primer lugar, dicho consumo se asocia con un riesgo aumentado de IAM en todas las áreas geográficas analizadas. Dicho riesgo es más elevado en sujetos jóvenes que en los de edad avanzada, y mayor en varones que en mujeres. En segundo lugar, los patrones de consumo difieren significativamente entre varones y mujeres, así como entre las diferentes áreas geográficas. En tercer lugar, la magnitud del riesgo muestra una estrecha relación lineal con el número de cigarrillos consumidos, relación que ya se hace patente a partir de 5 cigarrillos al día, cantidad que ya supone un riesgo aumentado de IAM. En cuarto lugar, los antiguos fumadores presentan un mayor riesgo de IAM que los no fumadores, pero este riesgo disminuye a medida que el tiempo sin fumar aumenta. Gran parte de dicho exceso de riesgo de IAM asociado al consumo de tabaco desaparece a los cinco años, y entre los poco fumado-

res no se aprecia un exceso de riesgo a partir de los 3-5 años. Por el contrario, entre los fumadores moderados y los muy fumadores el riesgo permanece aumentado incluso 20 años después de abandonar el consumo. Por último, la exposición al humo aumenta el riesgo de IAM, tanto en no fumadores como en antiguos fumadores. El efecto del consumo de tabaco sobre la aparición de IAM persiste tanto en presencia como en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular. Este estudio presenta algunas limitaciones, principalmente relacionadas con el tipo de pacientes analizados. De hecho, se trata de pacientes que han sobrevivido tras un IAM. Además, el diseño de casos-controles no puede establecer la relación entre el consumo de tabaco y el riesgo de IAM en sujetos que fallecieron en una fase precoz de dicho IAM. Por otra parte, el consumo de tabaco fue una variable autorreferida por los pacientes, y los sobrevivientes a un IAM podrían sobreestimar su consumo de tabaco.

*J. Segura*