

NO DEJES QUE EL TABACO TE quite LA RESPIRACIÓN



ELIGE SALUD NO TABACO

31 DE MAYO DÍA MUNDIAL SIN TABACO #SinTabaco

#SinTabaco

ELIGE SALUD NO TABACO

31 DE MAYO DÍA MUNDIAL SIN TABACO

WHO/NMH/PND/2019.3

© Organización Mundial de la Salud 2019. Algunos derechos reservados.
Esta obra está disponible en virtud de la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



■ **56.9** MILLONES
DE MUERTES
AL AÑO
por todas
las causas

■ **8** MILLONES
DE MUERTES
causadas por
el tabaco

■ **1** MILLÓN DE
MUERTES
se deben a la
exposición al humo
del tabaco

EL TABACO MATA A UNA PERSONA CADA CUATRO SEGUNDOS

EL TABACO EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS ES LETAL Y PONE EN PELIGRO LA SALUD PULMONAR DE TODAS LAS PERSONAS EXPUESTAS A ÉL. EL TABACO MATA A UNA PERSONA CADA 4 SEGUNDOS (1).

Los productos de tabaco más recientes contienen sustancias químicas similares a las de los productos de tabaco tradicionales y son igualmente nocivos para la salud. **Las enfermedades respiratorias se encuentran entre las principales causas de muerte a nivel mundial, y el tabaco es un importante factor de riesgo (2).** Los millones de muertes causadas por las enfermedades respiratorias relacionadas con el tabaco son altamente preocupantes, pero aún más preocupante es el extraordinario sufrimiento causado por esas enfermedades, cuyos efectos debilitantes afectan la calidad de vida de las personas de todas las edades, en todas las regiones del mundo.



LA EXPOSICIÓN AL TABACO ES UNA AMENAZA PARA LA SALUD PULMONAR DE TODAS LAS PERSONAS, NO SOLO DE LOS FUMADORES

EL HUMO DEL TABACO CONTRIBUYE A LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE EN LUGARES CERRADOS, LO CUAL ES UNA GRAVE AMENAZA PARA LA SALUD PULMONAR. CADA AÑO, LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO CAUSA MÁS DE 1 MILLÓN DE MUERTES A NIVEL MUNDIAL (1).

La exposición al humo de tabaco se produce por el humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco cuando se fuman, generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador. El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son importantes factores de riesgo de cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tuberculosis y asma. Aún antes de que aprendan a caminar, los niños y niñas pueden empezar a sufrir los efectos de la exposición al humo de tabaco (4). Los bebés nacidos de madres que fuman, o de mujeres que están expuestas al

humo de tabaco durante el embarazo, es probable que sufran una disminución del crecimiento de los pulmones y de la función pulmonar (5). Durante las etapas fundamentales de desarrollo en el útero materno, las sustancias químicas en el humo del tabaco tienen efectos duraderos y nocivos sobre los pulmones. Los hijos e hijas de personas fumadoras sufren una disminución de la función pulmonar, que les seguirá afectando en forma de trastornos respiratorios crónicos en la edad adulta.

La población adolescente que fuma tiene más probabilidades de padecer trastornos respiratorios crónicos y corre el riesgo de lesionar irreparablemente sus pulmones. Los pulmones siguen creciendo hasta bien avanzada la edad adulta, pero la inhalación de las toxinas contenidas en el humo del tabaco hace más lento este proceso y causa daño pulmonar potencialmente irreversible (6).

¿CÓMO TE QUITA LA RESPIRACIÓN EL TABACO?

CON UNA SIMPLE INSPIRACIÓN, LOS CIENTOS DE TOXINAS EN EL HUMO DEL TABACO EMPIEZAN A LESIONAR LOS PULMONES (6).

Cuando se inhala el humo del tabaco, las estructuras que eliminan la mucosidad y la suciedad de las vías respiratorias quedan paralizadas, lo que permite que las sustancias tóxicas en el humo del tabaco penetren en los pulmones más fácilmente.

Los efectos nocivos del humo del tabaco sobre los pulmones son casi inmediatos (3). El humo del tabaco reduce la función pulmonar y causa dificultad para respirar debido a la inflamación de las vías respiratorias y la acumulación de mucosidad en los pulmones. Los síntomas respiratorios inmediatos son tan solo una parte del daño que el tabaco causa en los pulmones.

EL CONTROL DEL TABACO DEBE SER UNA PRIORIDAD MUNDIAL

EL TABACO MATA A MÁS DE 8 MILLONES DE PERSONAS AL AÑO, A PESAR DE LA REDUCCIÓN CONSTANTE DEL CONSUMO DE TABACO A NIVEL MUNDIAL (1).

Entre el 2000 y el 2016, las tasas de prevalencia del consumo de tabaco descendieron de 27% a 20%. Sin embargo, el ritmo de las medidas para reducir la demanda de tabaco y las muertes y enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco está quedando a la zaga de los compromisos mundiales y nacionales de reducir el consumo de tabaco en 30% para el 2025 (26). **Si sigue esta tendencia, el mundo solo logrará una reducción de 22% para el 2025.**



1 MILLÓN DE MUERTES debidas a la exposición al humo del tabaco

8 MILLONES DE MUERTES causadas por el tabaco al año

TUBERCULOSIS

La tuberculosis (TB) es la infección más mortífera del mundo. En el 2017, 1,6 millones de personas perdieron la vida como consecuencia de la tuberculosis, y 10 millones de personas contrajeron la enfermedad (8). La TB afecta principalmente los pulmones, y las personas infectadas escupen sangre y sufren un dolor de pecho intenso (9). La bacteria que causa la TB (M. tuberculosis) se introduce en el organismo y genera una infección. Sin embargo, esta infección no necesariamente se convierte en la enfermedad activa: se mantiene en un estado denominado "tuberculosis latente". La TB latente puede convertirse en la enfermedad activa en cualquier momento, en particular cuando se debilita el sistema inmunitario. **Cerca de una cuarta parte de la población mundial tiene TB latente, con lo que está expuesta a desarrollar la enfermedad activa (9).** El consumo de tabaco aumenta sustancialmente el riesgo de tener TB y de morir por ella. Más del 20% de la incidencia mundial de la TB puede atribuirse al tabaco (10).

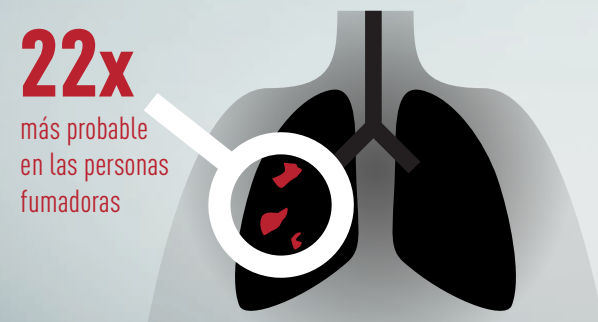
EL CONSUMO DE TABACO DUPLICA CON CRECES EL RIESGO DE QUE LA TB PASE DE UN ESTADO LATENTE A LA ENFERMEDAD ACTIVA (11).

La exposición al humo de tabaco también aumenta el riesgo de progresión de la TB latente a la enfermedad activa. Si no se la trata apropiadamente, las personas con TB pueden morir como resultado de insuficiencia respiratoria. Los pacientes con TB tienen más probabilidades de obtener mejores resultados del tratamiento si abandonan el tabaco.



CÁNCER DE PULMÓN

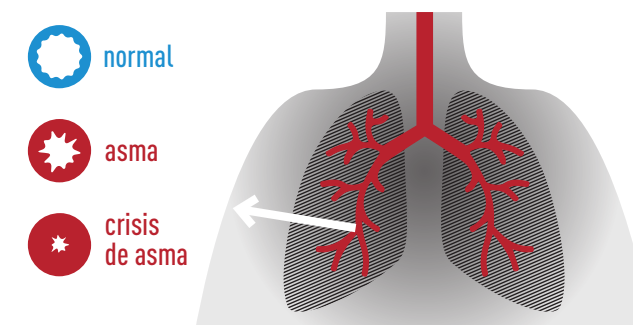
A NIVEL MUNDIAL, EL CÁNCER DE PULMÓN CAUSA 1,8 MILLONES DE MUERTES CADA AÑO (12).



El consumo de tabaco es la causa más común del cáncer de pulmón y provoca cada año aproximadamente 1,2 millones de muertes (12). El riesgo de contraer cáncer de pulmón a lo largo de la vida es hasta 22 veces más alto en las personas que fuman, en comparación con las que no (13-18). Las personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco en el hogar o el lugar de trabajo tienen un 30% más de riesgo de contraer cáncer de pulmón (9, 19). Después de 10 años de dejar de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón se reduce a cerca de la mitad del de una persona fumadora (4).

ASMA

LOS HIJOS E HIJAS EN EDAD ESCOLAR DE PERSONAS FUMADORAS CORREN EL RIESGO DE CONTRAER ASMA O DE QUE ESTA EMPEORE. EL ASMA INFANTIL ES IRREVERSIBLE Y CONTRIBUYE A LA PÉRDIDA DE DÍAS DE CLASE, A PERTURBAR EL SUEÑO Y A LIMITAR LA PARTICIPACIÓN EN EL JUEGO.



El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias que causa inflamación y episodios recurrentes de disnea y sibilancia (20). La OMS estima que actualmente 235 millones de personas sufren asma. La inhalación de humo del tabaco es uno de los principales factores desencadenantes del desarrollo o empeoramiento del asma (20). En las personas que tienen asma, el consumo de tabaco restringe aún más su actividad, contribuye a discapacidad laboral y aumenta el riesgo de asma grave que requiere atención de urgencia. **Alrededor de una de cada nueve muertes debidas a asma puede atribuirse al consumo de tabaco (21).** Las personas con asma pueden controlar de forma más eficaz su enfermedad si abandonan el tabaco.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar que causa episodios de dificultad para respirar, tos y producción mucosa. Estos episodios son sumamente discapacitantes; pueden durar desde unos días a varios meses y, a veces, pueden provocar la muerte (22). En el 2016, se estimó que más de 251 millones de personas sufrían de EPOC (22). El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante de EPOC, puesto que causa inflamación y ruptura de los alvéolos pulmonares, lo que reduce la capacidad de los pulmones de absorber oxígeno y expulsar dióxido de carbono (23). También causa la acumulación de moco purulento en los pulmones, dando lugar a tos y dificultades respiratorias agudas (24).

Una de cada cinco personas que fuman desarrollarán EPOC en algún momento de su vida (25), y casi la mitad de las muertes por EPOC son atribuibles al consumo de tabaco (21). Las personas adultas que estuvieron expuestas al humo de tabaco durante su niñez y que, como consecuencia, tuvieron infecciones frecuentes de las vías respiratorias inferiores corren el riesgo de desarrollar EPOC. Las personas que comenzaron a fumar en su adolescencia o juventud son especialmente susceptibles a desarrollar EPOC como resultado de la disminución del crecimiento de los pulmones y de la función pulmonar (26). La mayoría de los casos de EPOC pueden prevenirse evitando el consumo de tabaco o dejando de fumar tempranamente. Los pacientes con EPOC que dejan de fumar mejoran la función pulmonar y sufren menos efectos a largo plazo.



RESPUESTA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



No hay ningún nivel de exposición al humo del tabaco sin riesgo. La mejor medida para prevenir las enfermedades respiratorias y mejorar la salud pulmonar a nivel mundial es reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) proporciona una respuesta firme concertada a la epidemia mundial de consumo de tabaco y a sus enormes costos sanitarios, sociales, ambientales y económicos [27]. También brinda a las Partes en el CMCT las bases y el marco —tanto jurídico como técnico— necesarios para establecer medidas integrales y eficaces de control del tabaco que abarquen a todos los sectores del gobierno.

Para ayudar a los países a aplicar el CMCT, la OMS introdujo el conjunto de recursos técnicos MPOWER, que combina el cambio de políticas con una mayor conciencia del público, en consonancia con las medidas clave para reducir la demanda establecidas en el CMCT. Las principales estrategias de este enfoque son crear espacios públicos interiores, lugares de trabajo y transportes públicos sin humo; prohibir la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; aumentar significativamente los impuestos sobre los productos de tabaco; establecer la obligación

de insertar advertencias sanitarias gráficas de gran tamaño en todos los productos de tabaco; apoyar campañas mediáticas potentes; dar seguimiento a las políticas de prevención y consumo de tabaco, y ofrecer ayudar a los consumidores de tabaco para que abandonen su consumo.

Diversas organizaciones y redes, incluida la Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas, contribuyen a la labor mundial de la OMS para prevenir y controlar las enfermedades respiratorias crónicas. Esta Alianza es un grupo voluntario de organizaciones, instituciones y organismos que colaboran para evaluar las necesidades, aumentar la concientización pública, abogar por la acción, y formular y promover políticas para mejorar la salud pulmonar mundial.



Escanéame



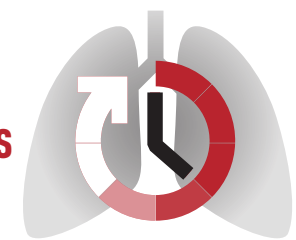
NUNCA ES DEMASIADO TARDE PARA DEJAR DE FUMAR

El abandono del tabaco salva vidas y es un elemento clave de las medidas MPOWER, de acuerdo con el artículo 14 del CMCT. Dejar el consumo de tabaco tiene el potencial de revertir algunos de los daños causados por el humo del tabaco a los pulmones, aunque no todos. **Por consiguiente, abandonar cuanto antes el tabaco es esencial para prevenir la aparición de la enfermedad pulmonar crónica, potencialmente irreversible una vez que se la ha desarrollado.**

La función pulmonar mejora dentro de tan solo dos semanas de dejar de fumar [4]. Dejar de fumar después

de un diagnóstico de enfermedad pulmonar se asocia con mejores resultados del tratamiento y una mejor calidad de vida.

2
SEMANAS



10
AÑOS

Entre las estrategias eficaces de abandono del tabaco se encuentran las siguientes:



ASESORAMIENTO BREVE PARA ABANDONAR EL TABACO

proporcionado por profesionales de la salud como parte de su práctica habitual, una intervención básica para la prevención y el manejo de las enfermedades pulmonares en la atención primaria. Entre el 2007 y el 2016, **se proporcionaron servicios integrales de ayuda para dejar de fumar a cerca de 28% de la población mundial** en 17 países.

Si todos los prestadores de atención de salud las adoptaran, estas intervenciones podrían beneficiar a una gran parte de los consumidores de tabaco y animarlos a abandonarlo. El apoyo a los esfuerzos de los pacientes con TB para abandonar el consumo de tabaco también es importante para el éxito de cualquier programa de control de la TB.





LÍNEAS TELEFÓNICAS GRATUITAS PARA DEJAR DE FUMAR son métodos poblacionales convenientes para proporcionar acceso a asesoramiento comportamental intensivo a los consumidores de tabaco. **Gracias al uso**

de las líneas telefónicas para dejar de fumar los consumidores de tabaco aumentan su tasa absoluta de abandono en 4%, y esa tasa puede aumentar aún más si los consejeros hacen llamadas de seguimiento.



PROGRAMAS DE ABANDONO DEL TABACO BASADOS EN LA TELEFONÍA MÓVIL como el programa “Sea salud@ble, sea móvil” para dejar de fumar que llega a una gran población de usuarios con apoyo personalizado mediante el envío de mensajes de texto. Estos programas ayudan a los consumidores de tabaco a dejarlo y son eficientes y costoeficaces. En la India, **el programa mTobaccoCessation logró una tasa autonotificada de abandono de 19%** tras 4 a 6 meses de seguimiento, en comparación con una tasa estimada de

base para la población de 5% [28]. Dicho programa se ha aplicado en Burkina Faso, Costa Rica, Filipinas, India y Túnez, y su contenido está disponible para adaptarlo localmente a cualquier contexto nacional.



Escanéame



LA VIDA ESTÁ LLENA DE MOMENTOS QUE QUITAN EL ALIENTO NO DEJES QUE EL TABACO SEA UNO DE ELLOS

La salud pulmonar es fundamental para tener buena salud y bienestar generales, y el humo del tabaco afecta a la salud pulmonar tanto de las personas fumadoras como de las que no fuman en todo el mundo. La amenaza del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco para la salud pulmonar hace que establecer medidas para el control del tabaco sea pertinente para muchas categorías distintas de enfermedades. Si se quiere alcanzar el compromiso establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas -reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en una tercera parte para el 2030-, el control del tabaco debe constituir una prioridad.



REFERENCIAS

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018.
2. Forum of International Respiratory Societies. The global impact of respiratory disease, 2nd edition. Sheffield: European Respiratory Society; 2017 (https://www.firsnet.org/images/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease.pdf, accessed 22 March 2019).
3. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
4. The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
5. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.
6. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
7. Resolution WHA66.10. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 20-27 May 2013. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHA66/2013/REC/1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/150161?locale-attribute=es&>, accessed 20 March 2019).
8. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/
9. Tuberculosis [fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>, accessed 20 March 2019).
10. Lönnroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. Semin Respir Crit Care Med. 2008;29:481-91.
11. Lin HH, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2007;4(1):e20.
12. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
13. Jayes L, Haslam PL, Gratziou CG, Powell P, Britton J, Vardavas C et al. SmokeHaz: systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. Chest. 2016;150(1):164-79.
14. Pesch B, Kendzia B, Gustavsson P, Jöckel KH, Johnen G, Pohlmann H et al. Cigarette smoking and lung cancer – relative risk estimates for the major histological types from a pooled analysis of case-control studies. Int J Cancer. 2012;131(5):1210-9.
15. O’Keeffe LM, Taylor G, Huxley RR, Mitchell P, Woodward M, Peters SAE. Smoking as a risk factor for lung cancer in women and men: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2018;8(10):e021611.
16. Jacob L, Freyn M, Kalder M, Dinas K, Kostev K. Impact of tobacco smoking on the risk of developing 25 different cancers in the UK: a retrospective study of 422,010 patients followed for up to 30 years. Oncotarget. 2018;9(25):17420-9.
17. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2004.
18. Lee PN, Forey BA, Coombs KJ. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. BMC Cancer. 2012;12:385.
19. Öberg M, Woodward A, Jaakkola M, Peruga A, Prüss-Ustün A. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2010.
20. Asthma [fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2017.
21. GBD Compare: Viz Hub. In: Institute for Health Metrics and Evaluation [website]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington; 2019 (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, accessed 20 March 2019).
22. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2017 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)), accessed 20 March 2019).
23. Janson C, Marks G, Buist S, Gnaniuc L, Gislason T, McBurnie MA et al. The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. Eur Respir J. 2013;42(6):1472-83.
24. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). In: American Lung Association [website]. Chicago, IL: American Lung Association; 2019 (<https://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/copd/learn-about-copd/how-does-copd-affect-your.html>, accessed 20 March 2019).
25. Terzikhan N, Verhamme KM, Hofman A, Stricker BH, Brusselle GG, Lahousse L. Prevalence and incidence of COPD in smokers and non-smokers: the Rotterdam Study. Eur J Epidemiol. 2016;31(8):785-92.
26. Chan JY, Stern DA, Guerra S, Wright AL, Morgan WJ, Martinez FD. Pneumonia in childhood and impaired lung function in adults: a longitudinal study. Pediatrics. 2015;135(4):607-16.
27. Resolution WHA56.1. WHO framework convention on tobacco control. In: Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2003. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r1.pdf, accessed 20 March 2019).
28. Gopinathan P, Kaur J, Joshi S, Prasad VM, Pujari S, Panda P et al. Self-reported quit rates and quit attempts among subscribers of a mobile text messaging-based tobacco cessation programme in India. BMJ Innovations. 2018;4:147-54.

Fotógrafo: p. 4 © Chris Black / p. 8 © Sanjit Das / pp. 9 - 10 Curt Carnemark.



JUNTOS, VENCEREMOS
EL CONSUMO
DE TABACO



FCTC
CONVENIO MARCO DE LA OMS
PARA EL CONTROL DEL TABACO
S E C R E T A R I A



Organización
Mundial de la Salud

