

La mujer y el tabaco: su uso y prevalencia (Parte 1)

Women and tobacco: its use and prevalence (Part 1)

Dr. Eduardo Morales Briceño¹, MTSVC.

¹ Cardiólogo, Ex-presidente de la Sociedad Venezolana de Cardiología.

El uso del tabaco y sus productos se ha diseminado en la mayoría de la población, tanto en países industrializados como los países en desarrollo, constituyéndose en una verdadera pandemia, y representando un grandísimo problema de salud pública a nivel mundial, ya que está asociado con un aumento de la morbilidad, mortalidad y discapacidad humana, así como por los enormes costos económicos y sociales que genera.

La evidencia científica obtenida a nivel mundial, permite afirmar que el consumo de tabaco es hoy día la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo ⁽¹⁾.

La prevalencia del tabaquismo tiene tendencia a disminuir en los países desarrollados, y a aumentar en los países en vías de desarrollo ⁽¹⁾.

Los países en desarrollo se encuentran en una transición epidemiológica, en la cual inicialmente los hombres han aumentado el uso del tabaco en mayor proporción que las mujeres (estadio 2) y posteriormente han ido disminuyendo el consumo



con un aumento de su mortalidad, mientras que las mujeres han incrementado de manera significativa el uso del tabaco, lo que traerá consecuentemente mayor morbilidad y mortalidad por dicha causa (estadio 3) ⁽²⁾.

Globalmente, aproximadamente 5 millones de muertes prematuras fueron atribuibles al tabaquismo en el año 2000 ⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta para el año 2030 que las muertes atribuibles al tabaco serán de 3 millones para los países industrializados y 7 millones para los países en desarrollo ^(1,3,4). De esos 10 millones de muertes atribuibles al tabaquismo, el 80 % ocurrirán en los países no desarrollados. El tabaco

CORRESPONDENCIA

Dr. Eduardo Morales Briceño.
Centro Médico de Caracas. Av. Plaza El Estanque, San Bernardino. Piso 1, Número 111. Caracas - Venezuela.
Telef: +58-212-552.11.20, +58-212-571.49.54
E-mail: eduardomoralesb@gmail.com

Recibido en: julio 29, 2009
Aceptado en: enero 15, 2010

mata al 50 % de sus consumidores a largo plazo, lo que quiere decir que del billón de fumadores hoy día, aproximadamente 500 millones morirán a consecuencia del tabaco, independientemente del sexo ⁽¹⁾.

El informe del Banco Mundial en relación con las muertes por tabaco, y las perspectivas en los próximos 50 años de muertes estimadas entre 1950-2050 con diferentes estrategias de

intervención, nos muestra que si en el año 2050 ocurrirán 520 millones de muertes por tabaco, y si la proporción de adultos jóvenes que empieza a fumar se reduce a la mitad para el año 2020, se reducirán a 500 millones el número de muertes, mientras que si deja de fumar la mitad de los fumadores adultos para el 2020 el total de muertes se reducirá de 520 a 340 millones, por lo que es muy importante desarrollar estrategias para lograr la cesación tabáquica de la población ⁽⁵⁾.

Se ha comprobado que el tabaquismo es un factor de riesgo para 6 de las 8 principales causas de muerte en el mundo (enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cerebrovascular, infecciones respiratorias bajas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, cánceres de tráquea, bronquios y pulmón) ⁽¹⁾.

Aunque potencialmente puede afectar a cualquier sistema u órgano de nuestra economía, su carácter adictivo hace difícil el abandono del consumo, y mantiene a los fumadores y fumadoras, recibiendo considerables cantidades de tóxicos, irritantes, mutágenos y carcinógenos para obtener la nicotina que satisfaga su dependencia.

EL TABACO TOMA VENTAJA DE LA LIBERACIÓN FEMENINA

El uso del tabaco por las mujeres era socialmente un tabú antes de la primera guerra mundial. Sin embargo, a medida que la mujer fue alcanzando un puesto privilegiado en la sociedad, tanto a nivel educacional como ocupacional, y los activistas de los derechos de la mujer exigieron una libertad

completa tanto política como social al igual que los hombres, el tabaco entró a formar parte de esos derechos de liberalización ⁽⁶⁾. Desde entonces la industria tabacalera tomó en cuenta e hizo suyos los temas de la liberalización y belleza, atrayendo a un gran número de mujeres fumadoras.

“El tabaquismo es un factor de riesgo para 6 de las 8 principales causas de muerte en el mundo”

El mercadeo y la promoción a las mujeres y las niñas data de fines de 1920, específicamente en 1928, cuando se desarrollaron los

cigarrillos “*Lucky Strikes*” especialmente para el mercado femenino. Esta estrategia se intensificó en 1968 cuando Phillip Morris introduce la primera marca específica para las mujeres, los cigarrillos Virginia “*Slims*”, capitalizando las libertades económicas y sociales de la mujer. El mercadeo de estos cigarrillos “*Slims*” o delgados creó presión sobre las mujeres jóvenes en relación al control de peso, manejo del stress, belleza y apariencia de mujeres maduras. Con el transcurrir del tiempo la misma *British American Tobacco* confirmó en sus documentos, un aumento en la cantidad de carcinógenos inhalados y ciertos químicos son más fácilmente transferidos al humo con un dispositivo con una circunferencia menor. Hacia 1970 las compañías tabacaleras a pesar de los problemas de salud encontrados en las mujeres fumadoras, inician la promoción de los cigarrillos “*Light*” (ligeros) o “*Low Tar*” (bajos en alquitrán), lo que llevó a un aumento en la incidencia de enfermedades causadas por el fumar. Estos cigarrillos no hicieron que las fumadoras dejaran de fumar, sino por el contrario, las y los fumadores “*Lights*” compensaron fumando más, inhalando más profundamente y bloqueando los agujeros de ventilación ^(7,8). También la industria tabacalera de acuerdo a sus documentos planeó capitalizar sobre la preferencia de las mujeres por los cigarrillos “*Light*” y una más alta probabilidad de adicción por la añadidura de más nicotina para asegurar altas tasas de adicción, llamando a estos cigarrillos como “cigarrillos orientados hacia las mujeres” ⁽⁹⁾.

Hoy día, todavía continúa el mercadeo y la promoción hacia las mujeres y niñas, bien por

cigarrillos promocionados para las mujeres o por marcas para los dos sexos (Figura 1).

La retórica de la liberación de las mujeres en lo concerniente al “derecho de fumar” ya suena vacío. El uso del tabaco no es una libre elección una vez que los efectos farmacológicos y psicológicos de la nicotina se han hecho aparentes, trayendo



Figura 1. Advertencias sobre el incremento del uso de tabaco en la mujer. Tomado de: www.tobaccofreekids.org, donde se lee “*Mortal en Color Rosa*”. “*Las Grandes Compañías de Tabaco refuerzan sus objetivos hacia mujeres y niñas*”.

las consecuencias de una adicción epidémica, enfermedad y muerte.

ESTIMACIONES SOBRE EL USO DEL TABACO Y PREVALENCIA

Se estima que en Estados Unidos de Norte América 18,1 % de las mujeres adultas de 18 años de edad y mayores (ligeramente menos de 1 de cada 5) fuman ⁽¹⁰⁾. El estimado de mujeres fumadoras por edad es el siguiente: 18-24 años (20,7 %), 25-44 años (21,4 %), 45-64 años (18,8 %), 65 años y mayores (8,3 %) ⁽¹⁰⁾.

La prevalencia del tabaquismo es más alta en mujeres que son americanas-indias o nativas de Alaska (26,8 %), seguidas por las blancas (20 %), afro-americanas (17,3 %), hispánicas (11,1 %), y asiáticas (excluyendo a las nativas hawaianas y

otros isleños del Pacífico (6,1 %) ⁽¹⁰⁾.

Se estima que el tabaquismo es más elevado en mujeres con un desarrollo general educativo (Diplomados 38,8 %) o 9-11 años de educación (29,0 %), y más bajo para mujeres no graduadas de bachiller (9,6 %) o con un grado de bachiller (7,4 %) ⁽¹⁰⁾. Las tasas de tabaquismo en varones y hembras en el bachillerato son casi iguales (22,9 % para hombres y 23,0 % para mujeres) ⁽¹¹⁾.

El tabaquismo es más alto en mujeres que viven por debajo del nivel de pobreza (26,9 %) comparado con mujeres que viven por encima del nivel de pobreza (17,4%) ⁽¹⁰⁾. Se estima que 18 % de mujeres embarazadas entre 15-44 años de edad, son fumadoras, comparadas con mujeres no embarazadas de la misma edad ⁽¹²⁾.

El uso de tabacos, y tabaco sin humo entre las mujeres es generalmente más bajo, solo 1,9 % de ellas entre 12 años y más, fuman regularmente tabacos, y sólo 0,3 % usan tabaco sin humo ⁽¹²⁾.

Como consecuencia, más de 178 400 mujeres mueren anualmente por enfermedades relacionadas al fumar, con algunas muertes adicionales causadas por otros productos del tabaco tales como el tabaco sin humo. A pesar de que el tabaquismo daña y mata tanto a hombres como mujeres, éstas enfrentan mayores riesgos de salud que los varones fumadores ⁽¹³⁾.

“Más de 178 400 mujeres mueren anualmente por enfermedades relacionadas al fumar”

Recientemente Müller F y Wehbe L, publicaron una revisión sobre la situación en América Latina, señalando que en ésta y los países en desarrollo, donde la pobreza y la falta de educación a cerca de los peligros del fumar, hacen a la gente más susceptible de hacerse fumadores. Aún más, muchos de los países de Latinoamérica se han hecho dependientes de la producción del tabaco, lo que hace todavía más grave el problema ⁽¹⁴⁾.

Existe poca data sobre la incidencia del consumo del tabaco en la región, y además ésta es algo controversial. Según estimaciones publicadas en el "Tobacco Atlas" en su segunda edición, el consumo de cigarrillos anual por persona en estos países varía entre 500 y 1 500 cigarrillos por año⁽¹⁵⁾, con la excepción de Ecuador, Bolivia y Paraguay, donde el consumo es de menos de 500 cigarrillos por año⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Más de 120 millones de fumadores (aproximadamente 8 %-10 % de los fumadores en el mundo) viven en Latinoamérica, siendo las tasas de fumadores muy altas y según la OMS la mitad de ellos morirá prematuramente debido a enfermedades causadas por el tabaco.

La incidencia del consumo de tabaco en mujeres adultas jóvenes de 15 años y más, varía en Latinoamérica, y es usual que existan diferencias en la data de acuerdo a la fuente donde se obtiene, sin embargo, la región es un fiel ejemplo de la tendencia mundial al aumento de la adicción tabáquica. Chile nos muestra claramente esta tendencia con 34,9 % de fumadoras^(14,18), también Argentina (22,6 %-30,7 %), Bolivia (28,6 %), Cuba (26,5 %), Uruguay (25,1 %), y Venezuela (23,3 %) nos muestran cifras preocupantes. Sin embargo, el país con la menor frecuencia de mujeres fumadoras es Guatemala con una tasa de 0,9 % según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2005^(14,18).

Si se analiza la población de mujeres más jóvenes (15-18 años), Colombia es el país con la más alta prevalencia (31,0 %), seguida por Chile (27,5 %), Ecuador (27,2 %), México (26,3 %) y Nicaragua (25,6 %). Por otro lado Venezuela (6,0 %), República Dominicana (7,3 %) y Brasil (9,1%), mostraron los niveles más bajos de consumo en este grupo de población.^(14,18-20)

IMPACTO SOBRE LA SALUD Y MORTALIDAD

El tabaquismo mata aproximadamente 178 000 mujeres en Estados Unidos de Norte América anualmente. Las tres principales causas de muerte relacionadas al tabaco son: cáncer del pulmón (45 000), enfermedad cardíaca (40 000), y enfermedad crónica pulmonar (42 000)⁽¹⁰⁾.

Karachi I y col., después de 12 años de seguimiento en el estudio de las enfermeras, nos describieron la extensión del incremento del riesgo de mortalidad total y por causas específicas (enfermedad vascular, cáncer incluyendo y excluyendo el de pulmón, y otras causas de muerte) asociadas con el fumar, con la iniciación temprana comparado con las nunca fumadoras, así como también la disminución del riesgo asociada con la cesación tabáquica comparada con las que continuaron fumando⁽²¹⁾. Recientemente Kenfield y col., nos muestran que el 64 % de muertes en fumadoras y el 28 % en aquellas que dejaron de fumar, son atribuibles al fumar. También, que el dejar el tabaco, reduce el exceso de las tasas de mortalidad para todas las causas mayores de mortalidad, eliminándose el exceso de mortalidad vascular rápidamente con la cesación, y en los primeros 20 años de haberlo dejado para las enfermedades pulmonares, en las cuales los efectos dañinos del fumar son mayores. La iniciación temprana de fumar se asoció con un incremento del riesgo de mortalidad, por lo que el posponer la edad de iniciación reduce significativamente el riesgo de mortalidad por las enfermedades asociadas con el fumar⁽²²⁾.

El 90 % de todas las muertes por cáncer de pulmón en mujeres fumadoras son atribuibles al fumar^(23,24). La tasa de muertes por cáncer de pulmón en mujeres se incrementó en más de 600 por ciento entre 1950 y 2003. Para 1987, el cáncer de pulmón sobrepasó al cáncer de mama como la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres^(13,25). El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es 13 veces más alto para mujeres fumadoras comparadas con aquellas nunca fumadoras^(13,26). Mientras las mujeres fuman menos que los hombres, muchas mujeres no fumadoras todavía sufren el incremento del riesgo de cáncer de pulmón porque sus esposos o compañeros fuman^(13,27).

Las enfermedades cardiovasculares son el asesino número uno tanto de los hombres como las mujeres. Cada año mueren más de 461 000 mujeres de estas enfermedades^(13,28). Las enfermedades cardiovasculares causadas por el tabaquismo incluyen la enfermedad coronaria, la aterosclerosis y la enfermedad cerebro-vascular⁽²⁶⁾.

El CDC en su publicación “*Health effects of Cigarette Smoking*” nos refiere que los fumadores tienen 2-4 veces más chance de desarrollar enfermedad coronaria comparado a los no fumadores. Que el fumar dobla el riesgo de una persona de padecer una enfermedad cerebrovascular, y les confiere >10 veces el riesgo de desarrollar enfermedad vascular periférica, así como también aumenta el riesgo de desarrollar un aneurisma de aorta abdominal ⁽²⁹⁾.

Las mujeres fumadoras tienen aproximadamente dos veces más chance de sufrir un ataque cardíaco que las no fumadoras. El riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria aumenta con el número de cigarrillos fumados por día, el tiempo total de años fumando y la edad de inicio más temprano ^(13,30). Un estudio de mujeres < 44 años de edad, encontró que había una fuerte relación dosis-respuesta en relación al infarto del miocardio, con un riesgo de 2,5 para aquellas fumadoras de 1-5 cigarrillos/día, comparado con los no fumadoras, el cual se elevó a 74,6 para aquellas que fumaban >40 cigarrillos/día ⁽³¹⁾.

Hasdai y col. siguieron durante 16 años, a 6 600 pacientes a quienes se les practicó revascularización coronaria percutánea entre 1979 y 1995, y encontraron que aquellos fumadores tenían el doble de riesgo de un infarto con onda Q, que aquellos no fumadores (RR: 2,08; 95 % CI: 1,16-3,72) ⁽³²⁾.

También las fumadoras tienen un mayor riesgo relativo de desarrollar enfermedad cardiovascular que los hombres. Las razones de esto no son bien conocidas pero se esgrime la posibilidad de un efecto adverso sobre los estrógenos ⁽³³⁾.

Es importante señalar que aquellas mujeres fumadoras que usan anticonceptivos orales tienen hasta 40 veces más probabilidad de tener un evento cardiovascular que las que no fuman y que aquellas que no usan anticonceptivos orales ^(13,30).

Recientemente Bowman T, y col. en un estudio prospectivo de tabaquismo y riesgo de hipertensión en mujeres, en una cohorte de 28 236 mujeres en el estudio *The Women's Health Study*, quienes inicialmente estaban libres de hipertensión, enfermedad cardiovascular y cáncer, las cuales

fueron seguidas en un promedio de 9,8 años, encontraron que el fumar estaba modestamente asociado con un aumento de riesgo de desarrollar hipertensión, con un efecto que fue más fuerte entre las mujeres que fumaban al menos 15 cigarrillos/día. Esta estimación de riesgo se encontró principalmente en mujeres con índice de masa corporal normal y presiones arteriales iniciales bajas. Apesar de que el fumar es un fuerte factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, su relación con la hipertensión no está clara todavía. Si la magnitud del efecto es susceptible de confundir o de reflejar una verdadera asociación requiere de un mejor entendimiento de los mecanismos biológicos a través de los cuales el fumar puede llevar al desarrollo de la hipertensión. Sin embargo, el riesgo atribuible de población de la hipertensión asociada con el tabaquismo, puede potencialmente ser sustancial, dada la alta prevalencia de la hipertensión ⁽³⁴⁾.

El fumar también constituye un factor de riesgo para la enfermedad cerebrovascular (ECV), para ECV isquémico, ECV hemorrágico y hemorragia subaracnoidea tanto en hombres como en mujeres ⁽³⁵⁾, y asimismo aumenta el riesgo de mortalidad de ECV, sin embargo, el aumento relacionado con la dosis visto en las mujeres no es tan pronunciado como en los hombres ⁽³⁶⁾.

En el estudio de las enfermeras “*The Nurse's Health Study*”, Colditz y col. evaluaron más de 118 539 mujeres americanas, en edades comprendidas entre 30-55 años, en un seguimiento de 8 años (1976-1984), y encontraron que las fumadoras tenían una tasa significativamente alta de ECV, ambos no fatales y fatales, y el riesgo de ECV aumentaba con el número de cigarrillos fumados diariamente ⁽³⁷⁾.

Más recientemente, Kelly y col., investigaron la relación entre el fumar y la incidencia y mortalidad de ECV, en una cohorte de estudio de aproximadamente 170 000 hombres y mujeres chinos, en edades de 40 y más años, seguidos por un período promedio de 8,3 años. El RR de ECV y de mortalidad por ECV asociada con el fumar, comparados con aquellos que nunca fumaron fue de 1,28 (95 % CI: 1,19-1,37) y 1,13 (95 % CI: 1,03-1,25) en hombres y 1,25 (95 % CI: 1,13-1,37) y 1,19 (95 % CI: 1,04-1,36) en mujeres respectivamente,

pareciendo existir una relación dosis-respuesta con el número de cigarrillos fumados diariamente y la duración del tabaquismo⁽³⁸⁾. También se ha encontrado que el fumar potencia los efectos de otros factores de riesgo para ECV, tales como los anticonceptivos orales⁽³⁹⁾.

Mientras las mujeres fuman menos que los hombres, muchas mujeres no fumadoras tienen un riesgo aumentado de sufrir una enfermedad cardiovascular por la exposición al humo de segunda mano, debido a que sus esposos o compañeros / socios(as) fuman⁽⁴⁰⁾.

EPÍLOGO

En esta primera parte hemos resaltado la relación entre tabaco, mujer y enfermedades cardiovasculares y otras relacionadas. Se ha destacado el trabajo de la WHO en contra del uso de tabaco y su producción por la industria tabacalera. En la segunda parte indicaremos los puntos relacionados con el tabaco y el embarazo, los beneficios de la cesación, las estrategias y políticas de control del tabaquismo en la mujer.

REFERENCIAS

- World Health Organization. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008. The M Power package. Geneva: WHO Press; 2008.
- World Health Organization. Guideline for controlling and monitoring the Tobacco Epidemic. WHO Tobacco or Health Programme. Geneva: WHO press; 1998.
- Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003;362:847-852.
- World Health Organization. The Tobacco Atlas [Cited 2009 Jun 14]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas11.pdf>.accessibility verify march 25. 2008.
- The World Bank. Curving the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington (DC): World Bank Publications; 1990.
- Tanoue LT. Cigarette smoking and women's respiratory health. *Clin Chest Med*. 2000;21:47-65.
- Stellman SD, Muscat JE, Thompson S, Hoffmann D, Wynder EL. Risk of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the lung in relation to lifetime filter cigarette smoking. *Cancer*. 1997;80:382-388.
- Campaign for tobacco-free kids. Background on women & girls and tobacco. Campaign for tobacco-free kids. April 6, 2007. Meg Gollogly [Cited 2009 Jul 10]. Disponible en: www.tobaccofreekids.org.
- Kessler D. A Question of Intent: A Great American Battle with a Deadly Industry [book review]. *NEJM*. 2002;347:224-225.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use among adults--United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006; 27: 1145-48.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette use among high school students--United States, 1991-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55:724-726.
- 7 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies; Division of Population Survey SAMHSA. Results from the 2004 National Survey on drug use and health: National Findings, Tobacco Use. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services; 2005.
- Campaign for Tobacco-Free Kids, April 23, 2008. Meg Riordan [Cited 2009 Jul 10]. Disponible en: www.tobaccofreekids.org
- Müller F, Wehbe L. Smoking and smoking cessation in Latin America: A review of the current situation and available treatments. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3:285-293.
- Mackay J, Eriksen M, Shafey O. En: Lacey C, King J, Mayne S, editores. *The Tobacco Atlas*. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2006.
- Shafey O, Dolnick S, Gunidon G, editores. *Tobacco Control Country Profiles 2003*, Atlanta (GA): American Cancer Society; 2003.
- US Department Agriculture, Foreign Agricultural Service 2004. Tobacco: World Markets and Trade (online) [Cited 2009 Jul 10]. Disponible en: <http://www.fas.usda.gov/currewmt.html>.
- (WHO) World Health Organization 2002. *The World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva; 2002.
- Organización Panamericana de la Salud 2005. Sistema Panamericano de Información en Línea de Tabaco (PATIOS). [cited 2007 Apr 20]. Disponible en: <http://www.paho.org/tobacco/spaPatios>
- Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Costa de Silva V, et al. Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008;57:1-28.
- Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Rosner B, et al. Smoking cessation in relation to total

- mortality rates in women. A prospective cohort study. *Ann Intern Med.* 1993;119:992-1000.
22. Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. *JAMA.* 2008;299:2037-2047.
 23. U.S. Department of Health and Human Services: Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, National center for Chronic disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2001. [Cited 2006 Nov 6]. Disponible en: http://cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001index.htm
 24. CDC. Smoking & Tobacco Use. Fact Sheet Women and Tobacco. [Updated 2006 Nov; cited 2006 Nov 6]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/factsheets/women_tobacco.htm
 25. CDC. US Mortality Public Use Data Tapes 1960-2003, US Mortality Volumes 1930-1959 National Center for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
 26. HHS, The Health Consequences of Smoking: A report of the Surgeon General, Atlanta GA: HHS, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health 2004 [Cited 2009 Jul 10]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tobacco/data/statistics/sgr/sgr2004/index.htm>
 27. HHS, The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon general, Atlanta GA. HHS, CDC, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health 2006 [Cited 2009 Jul 10]. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/>.
 28. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics. 2007 Update [Cited 2009 Jun 15]. Disponible en: <http://www.heart.org/downloadable/heart/1166712318459HSStatsinsidetext.pdf>.
 29. US Department of Health and Human Services. Fact Sheet: Health Effects of Cigarette Smoking. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health [Updated 2006 Dic; cited 2006 Dic 16]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/factsheets/health_effects.htm. Accessed October 25, 2007.
 30. HHS Women and Smoking: A Report of the Surgeon General Washinton DC: HHS, Public Health Service, Office of the Surgeon General 2001 [Cited 2009 Jun 15]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tobacco/datastatistics/sgr/sgr2001/index.htm>
 31. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: Longitudinal population study. *BMJ.* 1998;316:1043-1047.
 32. Hasdai D, Garratt KN, Grill DE, Lerman A, Holmes DR Jr. Effect of smoking status on the long-term outcome after successful percutaneous coronary revascularization. *N Engl J Med.* 1997;336:755-761.
 33. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics--2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* 2008;117:e25-146.
 34. Bowman TS, Gaziano JM, Buring JE, Sesso HD. A prospective study of cigarette smoking and risk of incident hypertension in women. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50:2085-2092.
 35. Kurth T, Kase CS, Berger K, Gaziano JM, Cook NR, Buring JE. Smoking and risk of hemorrhagic stroke in women. *Stroke.* 2003;34:2792-2795.
 36. Hart CL, Hole DJ, Smith GD. Risk factors and 20-year stroke mortality in men and women in the Renfrew/Paisley study in Scotland. *Stroke.* 1999;30:1999-2007.
 37. Colditz GA, Bonita R, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner B, Speizer, et al. Cigarette smoking and risk of stroke in middle-age women. *N Engl J Med.* 1988;318:937-941.
 38. Kelly TN, Gu D, Chen J, Huang JF, Chen JC, Duan X, et al. Cigarette smoking and risk of stroke in the chinese adult population. *Stroke.* 2008;39:1688-1693.
 39. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, et al. Primary prevention of ischemic stroke: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke.* 2006;37:1583-633.
 40. HHS, The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General GA. HHS, CDC, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Office on Smoking and Health 2006 [cited 2009 Jun 15]. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/>.