

CONSUMO DE MARIHUANA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES ¿QUÉ SABEMOS?

Autora: Cristina Rodríguez Sánchez-Leiva (Médica especialista en cardiología del Hospital Mateu Orfila. Menorca)

Fecha de publicación: 05/03/2024

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 4 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

El consumo de marihuana ha aumentado en los últimos años. Su prevalencia ha pasado del 1,3% al 3,9% de la población estadounidense (*usuarios con consumo diario de cannabis -más de 300 días al año-*) del año 2002 al 2019. Las encuestas de **EE. UU.** muestran una caída de la percepción del riesgo asociado al consumo de marihuana. En 2002 el 50% de los encuestados consideraban riesgoso su consumo frente 28,6% reportado en 2019.

[Journal of the American Heart Association](#) ha publicado un estudio sobre el consumo de cannabis y su asociación con la enfermedad cardiovascular.

Pero ¿Qué sabemos sobre el **Cannabis**?

CANNABIS Y CANNABINOIDES

El cáñamo (*en latín **Cannabis***) es una planta de la familia **Cannabaceae** (*como el lúpulo*). La ciencia ha descubierto diferentes tipos de cáñamos o **Cannabis**. En 1753 se clasificó por primera vez el cáñamo común o **Cannabis Sativa L.**, posteriormente se descubrieron otras variedades como el **Cannabis Indica** o el **Ruderalis**.

En el **Cannabis** existen más de 100 sustancias químicas conocidas como **cannabinoides** para proteger el crecimiento de la planta frente a agresiones externas de bacterias, hongos y rayos ultravioletas.

Las variedades de **Cannabis** se diferencian por su composición de **cannabinoides**.

LOS DOS CANNABINOIDES MÁS CONOCIDOS

El componente cannabinoide más conocido es el **Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)**, componente psicoactivo más abundante.

El **cannabidiol (CBD)** es otro componente cannabinoide cuyo efecto a nivel cerebral difiere del observado por la **THC**, sin efectos psicoactivos.

Los efectos de **THC** y **CBD** pueden potenciarse por acción de otros componentes **cannabinoides**.

TERMINOLOGÍA: CANNABIS, CÁÑAMO, MARIHUANA, HACHÍS, HIERBA...

El cáñamo o **Cannabis** es la planta. La marihuana son las hojas y racimos de flores secas de la planta de **Cannabis** femenina, rica en **THC**. Otros términos utilizados son hierba o "Mari Juana" o "Mary Jane". El hachís o hierba es la resina que se extrae de la planta de **Cannabis** femenina y con alto contenido en **THC**. También se suele utilizar la palabra **Cannabis** para referirse a la marihuana.

Tanto la marihuana como el hachís pueden incluir ("*cortar*") otros componentes, añadidos durante su elaboración, que incrementan aún más los riesgos para la salud del consumidor: plástico líquido, arena, laca, fertilizante de potasio, plomo...

USOS EN INDUSTRIA AGRÍCOLA y ALIMENTARIA

Se han desarrollado cepas con un contenido de **THC** muy bajo, permitiendo su uso en la alimentación, telas, materiales de construcción, etc. En **Europa**, las regulaciones (*recogidas en el **Catálogo Común de la Unión Europea de especies de plantas agrícolas aptas como cultivo industrial***) incluyen las cepas de cáñamo con un nivel inferior a 0,2% de **THC**.

El cáñamo industrial, con más de 50 variedades certificadas por la **Unión Europea**, se caracteriza por su bajo contenido en **THC**, siendo inadecuadas para la producción de medicamentos.

En la industria alimentaria, la **Unión Europea** solo autoriza los productos procedentes exclusivamente de las semillas de cáñamo (*aceite, proteína de cáñamo, harina de cáñamo*) de variedades de **Cannabis** sativa L. con contenido de **THC** inferior al 0,2%.

USOS EN MEDICINA

El componente cannabinoide **CBD** (*procedentes de plantas de cáñamo con bajo contenido en **THC***) se utiliza con fines terapéuticos para el tratamiento de las convulsiones asociadas a determinados síndromes en **EE. UU**, con respaldo de evidencia científica. También se plantea su uso para la ansiedad, dolor crónico... pero sin evidencia científica de calidad.

En **España**, el **CBD** se vende en diferentes establecimientos, pero solo para fines cosméticos. Su ingesta o inhalación no está permitida. Algunos productos comercializados no cumplen con las cantidades anunciadas de principio activo y pueden incorporar otras sustancias perjudiciales para la salud, como metales pesados.

Por último, no debemos olvidar el riesgo de interacciones del **CBD**, puesto que es un inhibidor de citocromos hepáticos.

CONSUMO DE MARIHUANA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES

Los efectos nocivos del consumo de marihuana, sobre todo en la esfera cardiovascular, son poco conocidos, debido a la escasez de evidencia científica. La dificultad para incluir participantes que notifiquen su consumo de marihuana unido a las características del consumidor, principalmente población joven con bajo riesgo cardiovascular basal, obliga a diseñar estudios con gran tamaño muestral y largos plazos de seguimiento para demostrar la existencia de una asociación causal entre el consumo de marihuana y las enfermedades cardiovasculares. Además, el consumidor de marihuana suele ser usuario de tabaco, lo que ha sesgado los resultados de los pequeños estudios publicados hasta la fecha.

Para aclarar la posible relación entre el consumo de marihuana y las enfermedades cardiovasculares, la revista científica **Journal of the American Heart Association** ha publicado un estudio con 434.104 adultos de 18 a 74 años, cuyos datos fueron recogidos entre 2016 y 2020, procedentes de la encuesta del **Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de EE. UU**.

El consumo de **Cannabis se cuantificó** mediante un cuaderno auto-rellenado.

El 4% de los encuestados consumían **Cannabis** a diario y el 7,1% de forma no diaria, con una mediana de 5 días al mes. Fumar fue la forma más común de consumo.

El estudio relacionó los datos de consumo con la enfermedad coronaria, el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular. Tras realizar un ajuste según diferentes factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables, se observó una asociación significativa entre el consumo diario de **Cannabis** y el infarto de miocardio (*razón de riesgo de 1,25*), el accidente cerebrovascular (*razón de riesgo del 1,42*) y el combinado de los tres

eventos cardiovasculares analizados (*razón de riesgo de 1,28*). Además, la asociación entre el consumo y los eventos fue dosis- respuesta, es decir, a mayor consumo, más eventos.

También se evaluó a los consumidores de marihuana que nunca habían fumado tabaco, observando que la relación entre el consumo de marihuana y las enfermedades cardiovasculares se mantenía.

Los autores del estudio concluyeron que, “tras controlar los posibles factores de confusión, el consumo de **Cannabis** tiene un fuerte efecto independiente en la población general y una fuerte asociación con los resultados cardiovasculares independientes de los efectos del uso de cigarrillos de tabaco y cigarrillos electrónicos”, es decir, que el consumo de Cannabis por sí solo puede ser un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Los autores consideran adecuado abstenerse de fumar o vapear marihuana, y en caso de utilizar productos comestibles derivados del cannabis, usar **CBD**, evitando el consumo de **THC**. Si el usuario decidiera continuar con el consumo de **THC**, a pesar de las recomendaciones, lo menos nocivo sería usar derivados con bajas concentraciones.

CONCLUSIÓN

La inhalación de partículas se relaciona con eventos cardiovasculares, por tanto, fumar derivados del cannabis podría relacionarse y constituir un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular. Aunque fumar marihuana es la forma más frecuente de consumo, no es la única. El estudio al que hace referencia este post de **CARPRIMARIA** incluye otras formas de consumo. El estudio concluye que el consumo de **Cannabis** se relaciona con el desarrollo de enfermedad cardiovascular, independientemente del consumo de tabaco.

Puntos interesantes del estudio:

- Tamaño muestral del estudio.
- Se establece una relación entre la dosis y el riesgo. A mayor consumo, mayor riesgo.
- Aporta información novedosa: el riesgo en los consumidores que no habían fumado tabaco, un problema que afectaba a la credibilidad de los estudios previos (*al no desligarse el consumo de tabaco con el de marihuana*).

Puntos cuestionables del estudio:

Se trata de un estudio con importantes limitaciones. Solo permiten generar hipótesis, por tanto, no demuestran la existencia de una relación causal entre el consumo de marihuana y la enfermedad cardiovascular, aunque como ocurre en muchas ocasiones, es la única información actualmente disponible. Sus principales limitaciones son:

- Estudio transversal observacional, por lo que no se puede confirmar la existencia de una relación causal.
- Ausencia de datos relacionados con los niveles de lípidos, que es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.

- Recogida de datos por cuadernos auto-rellenados para valorar el consumo de derivados del **Cannabis** y los eventos cardiovasculares.

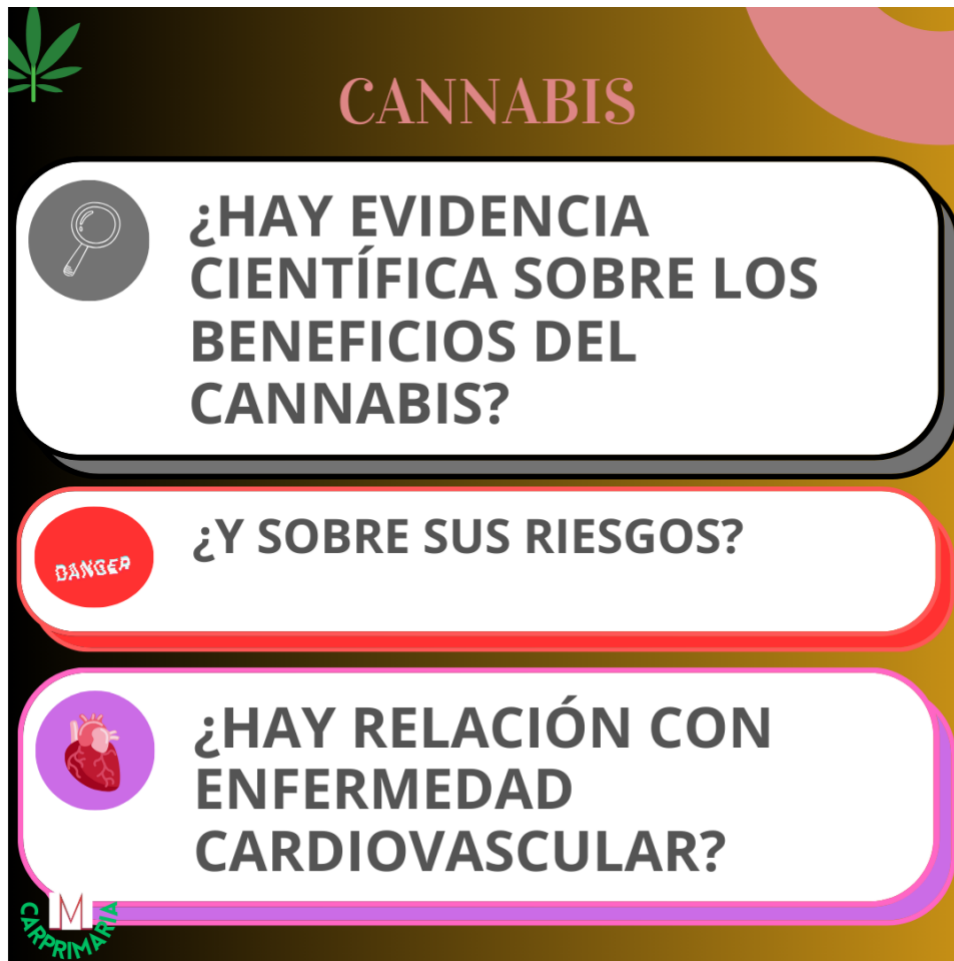


Ilustración 1. Preguntas sobre el consumo de la marihuana. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[J Am Heart Assoc. 2024](#)