



6047-8. IMPACTO DEL TABACO SOBRE EL PRONÓSTICO TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: UNA ASOCIACIÓN MEDIADA POR FACTORES DE CONFUSIÓN

Laura Blaya Peña, Joan Siquier Padilla, Albert Massó Van Roessel, Antoni Perelló Bordoy, Yolanda Rico Ramírez, Óscar Calderón Chumilla, Ferrán Augé Bailac, Jaume Pons Llinars, Miquel Vives Borràs, Vicente Peral Disdier y Xavier Rosselló

Hospital Son Espases Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IDISBA), Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Introducción y objetivos: Se han descrito estudios controvertidos demostrando un posible efecto beneficioso del tabaco en el pronóstico de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), conocido como “smoker’s paradox”. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la asociación entre el tabaquismo activo y la mortalidad en pacientes con IAMCEST, teniendo en cuenta el perfil clínico del paciente y la gravedad del episodio.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes que ingresaron consecutivamente por IAMCEST en el hospital de referencia de nuestra Comunidad Autónoma, entre mayo de 2020 y abril de 2022. Se recogieron las características basales, la gravedad del infarto definida por la escala GRACE, Killip I, la localización anterior del infarto y por los tiempos de isquemia. Se realizó un seguimiento con una mediana de un año y se evaluó la aparición de eventos fatales y no fatales (IAM, insuficiencia cardiaca, ictus e implante de DAI). Se realizaron análisis de supervivencia mediante regresiones de Cox sin ajustar, y ajustadas por el GRACE risk score.

Resultados: Se incluyeron un total de 677 pacientes de los cuales 352 (52%) eran fumadores. Los pacientes fumadores presentaron un mejor perfil clínico respecto a los no fumadores (menor edad media y comorbilidades) (tabla). La gravedad de la presentación clínica fue menor en los pacientes fumadores que en los no fumadores con menor GRACE risk score ($102,0 \pm 33,9$ vs $117,4 \pm 45,2$, $p = 0,001$), similar porcentaje de pacientes en Killip I ($p = 0,91$), infartos de localización anterior ($p = 0,574$) y tiempos de isquemia ($p = 0,862$); (ver tabla para estas comparaciones). En el análisis crudo, el combinado de eventos clínicos durante el seguimiento fue menor en fumadores que en no fumadores ($10,3$ vs $20,9\%$; HR = 0,50 [IC95% = 0,30 a 0,83]; $p = 0,007$). Sin embargo, tras ajustar el análisis por el GRACE risk score, las diferencias pronósticas entre grupos quedaron diluidas (HR = 0,81 [IC95% = 0,47 a 1,40]; $p = 0,446$).

Variables comparativas entre fumadores y no fumadores

Fumadores	No fumadores	p
-----------	--------------	---

Características basales

Edad (media $\pm$ DE)	57,06 $\pm$ 10	69,12 $\pm$ 12,71	0,001
Hipertensión arterial n (%)	140 (39,77%)	214 (65,05%)	0,001
Diabetes mellitus n (%)	66 (18,75%)	103 (31,31%)	0,001
Dislipemia n (%)	202 (57,39%)	207 (62,92%)	0,141

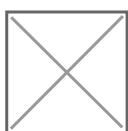
Gravedad de la presentación

IAM anterior n (%)	151 (43,39%)	147 (44,82%)	0,574
Killip I n (%)	292 (82,95%)	256 (77,81%)	0,091
GRACE risk score (media $\pm$ DE)	102,02 $\pm$ 33,89	117,35 $\pm$ 45,22	0,001
Tiempo isquemia (mediana; rango intercuartílico)	3,57 (2,5-7,15)	3,78 (2,63-6,25)	0,862

Eventos

Mortalidad n (%)	9 (3,5%)	15 (6,8%)	0,091
Evento combinado, n (%)	27 (10,3%)	46 (20,9%)	0,001

DE: desviación estándar; IAM: infarto agudo de miocardio.



Curva de supervivencia para el evento combinado (mortalidad, infarto, insuficiencia cardiaca, ictus e implante de DAI).

Conclusiones: Aparentemente el pronóstico de los pacientes fumadores es mejor que el de los no fumadores. Sin embargo, estas diferencias parecen justificarse por un mejor perfil clínico y menor riesgo basal durante el IAMCEST. La asociación entre tabaquismo y pronóstico ilustra la necesidad de ajustar por factores de confusión en los estudios observacionales.