Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 732

Revista Española de Cardiología

9. MI PACIENTE CON INFARTO SIGUE FUMANDO PORQUE SE ENCUENTRA BIEN. LA PARADOJA DEL TABAQUISMO

Nuria Vallejo Calcerrada[1], Álvaro Pinar Abellán[1], Sonia Cebrián López[1], Pablo Valentín García[1], Alicia Prieto Lobato[1], Marta Cubells Pastor[1], Laura Expósito Calamardo[1], Raquel Ramos Martínez[2], Sara Díaz Lancha[1], Sofía Calero Núñez[1], Javier Navarro Cuartero[1], Cristina Ramírez Guijarro[1], Juan Gabriel Córdoba Soriano[1], Francisco Manuel Salmerón Martínez[1] y Miguel José Corbi Pascual[1]

[1]Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España y [2]Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tabaquismo se asocia a un aumento claro del riesgo cardiovascular y mortalidad prematura. Resulta todo un reto conseguir su abandono, a pesar de ser el factor de riesgo con más impacto en morbimortalidad tras un infarto agudo de miocardio (IAM).

Métodos: Análisis retrospectivo de 704 pacientes (p) con antecedentes de cardiopatía isquémica y que reingresan por un nuevo IAM, de un total de 3,859 p con IAM ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de nuestro hospital entre los años 2012 y 2022. El objetivo es conocer las características de estos p en función de si eran fumadores (pF), exfumadores (pEF) o nunca fumadores (pNF).

Resultados: Los p que alguna vez habían fumado (pF y pEF) eran en su mayoría varones respecto a los pNF (94 vs 61%). Los pF eran más jóvenes que el resto (60 vs 73 años). Los pNF asociaban más factores de riesgo cardiovascular. Los pF consumían más alcohol (19 vs 4%) y drogas (4 vs 1%). Los pF debutaban más frecuentemente con IAM con elevación del ST (IAMCEST) que el resto (53 vs 40%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inicial (FEVI 44%) y la masa miocárdica necrótica fue similar entre grupos. Sin embargo, los pEF y pNF presentaron formas más graves de IAM que los pF con peor clasificación Killip III-IV inicial (68 vs 14%), uso de fármacos vasoactivos (17 vs 10%) y mayor mortalidad intrahospitalaria (6 vs 1%). El uso de balón de contrapulsación intraaórtico fue parecido entre grupos.

Características de los pacientes y curso del infarto agudo de miocardio según eran fumadores, exfumadores o nunca habían fumado

	pF (n = 163)	pEF (n = 270)	pNF (n = 270)
Varones	151 (93%)	259 (96%)	165 (61%)
Edad	60 ± 10	70 ± 11	76 ± 10

Hipertensión	118 (72%)	228 (84%)	248 (92%)
Diabetes	67 (41%)	138 (51%)	143 (53%)
Alcohol	31 (19%)	9 (3%)	2 (0,7%)
FEVI (%)	44 ± 14	44 ± 14	44 ± 14
Troponina (pg/ml), N 14	2.614 ± 2.972	2.576 ± 2.924	2.465 ± 2.893
CK (U/L), N 174	1.386 ± 1.704	1.260 ± 2.128	1.044 ± 1.468
Killip III-IV	22 (14%)	66 (25%)	69 (25%)
Aminas	16 (10%)	43 (16%)	47 (18%)
Mort. intrahospitalaria	2 (1%)	13 (5%)	18 (7%)
BCIAO	1 (0,6%)	5 (2%)	7 (3%)

FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; BCIAO, balón de contrapulsación intraaórtico.

Conclusiones: Los pF son p más jóvenes que los pEF y pNF y parecen asociarse a formas menos graves de IAM. Este fenómeno se conoce como paradoja del tabaquismo ya que los mejores resultados en pF resultan falseados por la edad. Debemos intensificar el abandono del hábito tabáquico, que claramente se asocia a un beneficio en morbimortalidad de nuestros p.