

Impacto del tabaquismo en el SCACEST en un hospital de tercer nivel

María Salgado Barquinero(1), Manuel Sánchez Suárez(1), Daniel Suárez Fernández(1), Andrés Álvarez Gato(1), Diego Argüelles Vicente(2), Hugo Javier Aguado Solana(2), Alberto Alén Andrés(1), Beatriz Nieves Ureña(1), María Fernández García(1), Francisco González Urbistondo(3), Esmeralda Capín Sampedro(1), Marcel Almendarez Lacayo(1), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(2), Pablo Avanzas Fernández(1) y Antonio Adeba García(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España y (3)Servicio de Cardiología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España

Introducción: El tabaquismo es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más importantes, con una sólida evidencia vinculada al desarrollo de eventos coronarios agudos como a su recurrencia.
El objetivo fue analizar la relación entre el tabaquismo, la edad de presentación de síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) y la magnitud del daño miocárdico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a angioplastia primaria en un hospital terciario (enero 2024–diciembre 2025). Se clasificó a los pacientes en: fumadores activos, exfumadores y no fumadores. Se analizaron edad de presentación, troponina pico, disfunción ventricular y mortalidad (tabla 1). Se realizaron comparaciones bivariantes, ANCOVA ajustada por edad y un modelo multivariante para mortalidad.

Resultados: El 28.9% de los pacientes eran fumadores activos. Los fumadores activos presentaron SCACEST significativamente antes, con mayor proporción de pacientes <55 años. De hecho, el 48,7% de los fumadores tuvo el SCACEST antes de los 55 años. La edad media de presentación de SCACEST en exfumadores fue 65,8 años, y en no fumadores, 72,4 años.

Los fumadores también mayor daño miocárdico, entendido por mayor troponina media pico (figura 1). El ANCOVA mostró que los valores más elevados de troponina persisten incluso ajustando por edad.
Esto sugiere un efecto independiente del tabaco sobre la magnitud del infarto.
La disfunción ventricular izquierda fue significativamente más frecuente en fumadores.

La mortalidad intrahospitalaria cruda fue menor en fumadores (2,6%) que en no fumadores (pero en el análisis multivariante, tras ajustar por edad, comorbilidades y FEVI, se vio que la diferencia no fue sginificativa, y que la diferencia observada se debe probablemente a que los fumadores son mucho más jóvenes y con menos comorbilidades.

Conclusiones: En nuestro estudio se vio cómo el tabaquismo adelanta el SCACEST en prácticamente dos décadas y además se relaciona con mayor daño miocárdico y con más incidencia de disfunción ventricular.

La aparente menor mortalidad en fumadores es un artefacto de confusión por edad, desapareciendo completamente tras el ajuste multivariante.

Esto concuerda con estudios en esta línea que asocian el tabaco con cardiopatía isquémica precoz.

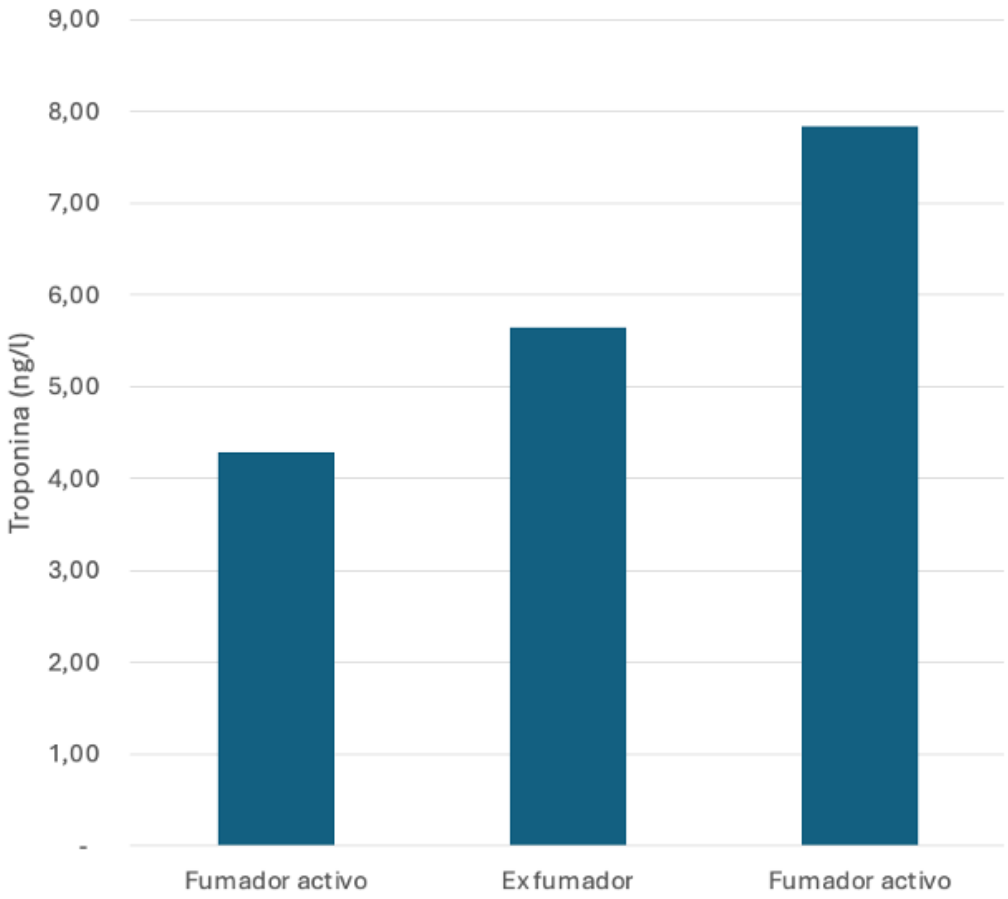


Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con SCACEST en función de hábito tabáquico.

Variable	No fumador (n=118)	Exfumador (n=74)	Fumador activo (n=78)	p
Edad, años	72.4 ± 11.2	65.8 ± 10.8	54.2 ± 10.6	**<0.001**
Edad <55 años	8 (6.8%)	12 (16.2%)	38 (48.7%)	**<0.001**
Edad ≥75 años	52 (44.1%)	18 (24.3%)	4 (5.1%)	**<0.001**
Sexo femenino	50 (42.4%)	12 (16.2%)	10 (12.8%)	**<0.001**
FRCV				
HTA	72 (61.0%)	42 (56.8%)	28 (35.9%)	<0.001
Dislipemia	52 (44.1%)	38 (51.4%)	29 (37.2%)	0.168
Diabetes mellitus	32 (27.1%)	16 (21.6%)	10 (12.8%)	0.046
Obesidad	18 (15.3%)	14 (18.9%)	13 (16.7%)	0.788
AF CI precoz	4 (3.4%)	6 (8.1%)	8 (10.3%)	0.118
Cardiopatía previa	28 (23.7%)	16 (21.6%)	8 (10.3%)	0.042

FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; AF: antecedentes familiares; CI: cardiopatía isquémica