

ORIGINAL

Intervención antitabaco en fase aguda del síndrome coronario agudo: ¿existe beneficio adicional en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca?



J. Jimeno Sánchez^{a,*}, M.C. Chabbar Boudet^{a,b}, P. Morlanes Gracia^c,
S. Laita Monreal^d, C.R. López Perales^a, G. Cuko^b, C. Albarrán Martín^{b,c}
y F. Garza Benito^{b,d}

^a Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

^c Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^d Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

Recibido el 23 de febrero de 2022; aceptado el 27 de junio de 2022

Disponible en Internet el 3 de agosto de 2022

PALABRAS CLAVE

Tabaco;
Prevención
secundaria;
Terapia
cognitivo-conductual;
Síndrome coronario
agudo;
Rehabilitación
cardiaca

Resumen

Introducción: La deshabituación tabáquica supone un reto en prevención secundaria. Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) incrementan los resultados de abstinencia. El objetivo fue valorar si una intervención antitabaco precoz (IAP) mejora la tasa de abstinencia obtenida tras un PRC.

Métodos: Ensayo clínico multicéntrico que incluyó pacientes fumadores ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) revascularizados percutáneamente, aleatorizados 1:1 a recibir o no IAP desde el primer día de ingreso. Al alta ambos grupos fueron remitidos al PRC. Se realizaron controles periódicos de cooximetría para verificar abstinencia.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes, 58 hombres (80,5%), edad media $53 \pm 8,1$ años. Ingresaron por SCA con elevación de ST 42 (58%) y sin elevación de ST 30 (42%). Fumaban de media $22 \pm 11,3$ cigarrillos/día. Cumplimentaron el test de Richmond ($8,8 \pm 1,3$) y Fagestrom ($5,69 \pm 2,1$). Se aleatorizó a IAP a 36 pacientes (50%), sin diferencias en las características basales de ambos grupos. La tasa de abandono en el momento de inclusión en PRC fue mayor en el grupo de IAP (69 vs. 44%; $p = 0,034$; OR 2,84), sin alcanzar la significación estadística al alta del PRC (58 vs. 50%; $p = 0,478$; OR 1,4) ni a los 12 meses (58 vs. 44%; $p = 0,24$; OR 1,75). Se produjeron 12 pérdidas, consideradas fumadores.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javierjimeno1@gmail.com (J. Jimeno Sánchez).

Conclusiones: En pacientes con SCA revascularizados percutáneamente, una IAP durante el ingreso mejora significativamente la tasa de abandono en el momento de inclusión en el PRC. Sin embargo, parte de estos efectos beneficiosos parecen neutralizarse con el tiempo perdiendo significación estadística respecto al grupo control.

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Smoking;
Smoking cessation;
Secondary
prevention;
Cognitive behavioural
therapy;
Acute coronary
syndrome;
Cardiovascular
disease;
Cardiac rehabilitation

Anti-smoking intervention in the acute phase of acute coronary syndrome: Is there additional benefit in patients included in a cardiac rehabilitation program?

Abstract

Background: Smoking is a challenge in secondary prevention after acute coronary syndrome (ACS). The objective was to assess whether the early anti-smoking intervention (ASI), in the acute hospitalization phase, improves the abstinence rate obtained during a cardiac rehabilitation program (CRP).

Methods: Multicenter clinical trial in which smoker patients admitted for ACS were randomized 1:1 to receive or not ASI from the first day of admission. Upon discharge, both groups were referred to the CRP, performing abstinence controls using co-oximetry. Patients lost were considered smokers.

Results: 72 patients were included, 58 men (80.5%), mean age 53 ± 8.1 years. They were admitted for ST elevation myocardial infarction 42 (58%), non-ST elevation myocardial infarction 29 (40%) and unstable angina 1 (1.3%). They smoked an average of 22 ± 11.3 cigarettes/day (pack-year index 37 ± 20). They completed the Richmond test (8.8 ± 1.3) and Fagestrom (5.69 ± 2.1). 36 patients (50%) were randomized to ASI, with no differences in the baseline characteristics of both groups. The dropout rate at the time of inclusion in CRP was higher in the ASI group (69 vs. 44%; p 0.034; OR 2.84), without statistical significance at discharge from the CRP (58 vs. 50%; p 0.478; OR 1.4) or at 12 months (58 vs. 44%; p 0.24; OR 1.75).

Conclusions: The ASI during admission significantly improves the smoking cessation rate at the time of inclusion in the CRP. Part of these beneficial effects are reduced in the follow-up losing statistical significance with respect to the control group.

© 2022 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El tabaco es uno de los principales factores de riesgo modificables en las enfermedades cardiovasculares, incrementando en dos a tres veces el riesgo de infarto de miocardio, ictus o arteriopatía periférica¹. Además, el tabaquismo es especialmente relevante en la enfermedad coronaria precoz siendo el factor de riesgo más prevalente en los pacientes menores de 45 años que sufren un infarto de miocardio². En el reciente registro Euroaspire V que incluye datos de 27 países, 19% de los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica eran fumadores y el 55% de estos persistía fumando a los seis meses del evento³. Son pocos los pacientes que consiguen la abstinencia tabáquica a largo plazo, incluso con ayuda farmacológica: más de 2/3 de los pacientes que abandonan el tabaco tras un síndrome coronario agudo (SCA) vuelven a fumar en el primer año⁴. Sin embargo, aquellos pacientes que continúan fumando tras un SCA presentan 35% más de riesgo de reinfarcto o muerte en comparación con los que abandonan el tabaco, además, los pacientes que abandonan el tabaco podrían vivir cinco años más de la media y presentar dichos

eventos adversos cardiovasculares hasta 10 años más tarde que aquellos que persisten fumando⁵. Debido al significativo impacto pronóstico que tiene el cese del tabaco en cuanto a morbilidad y mortalidad, las últimas guías de prevención de enfermedad cardiovascular sitúan la intervención antitabaco como una de las medidas potencialmente más efectivas tras un evento coronario⁶. Entre los tratamientos disponibles, bupropion, vareniclina, terapia sustitutiva de nicotina y las terapias conductuales han demostrado su eficacia en los pacientes cardiovasculares⁷. Los protocolos de deshabitación intensivos en pacientes hospitalizados son igualmente eficaces si se acompañan de un seguimiento posterior⁸. Asimismo, los pacientes remitidos a un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) tienen mayor probabilidad de persistir abstinentes⁹. Sin embargo, es escasa la evidencia sobre el beneficio adicional de una intervención antitabaco precoz (IAP) en pacientes ingresados por SCA que son incluidos posteriormente en un PRC.

El objetivo del estudio fue valorar si la intervención antitabaco específica iniciada de forma más precoz, durante la hospitalización por SCA, mejora la tasa de abstinencia conseguida con la intervención realizada durante un PRC.

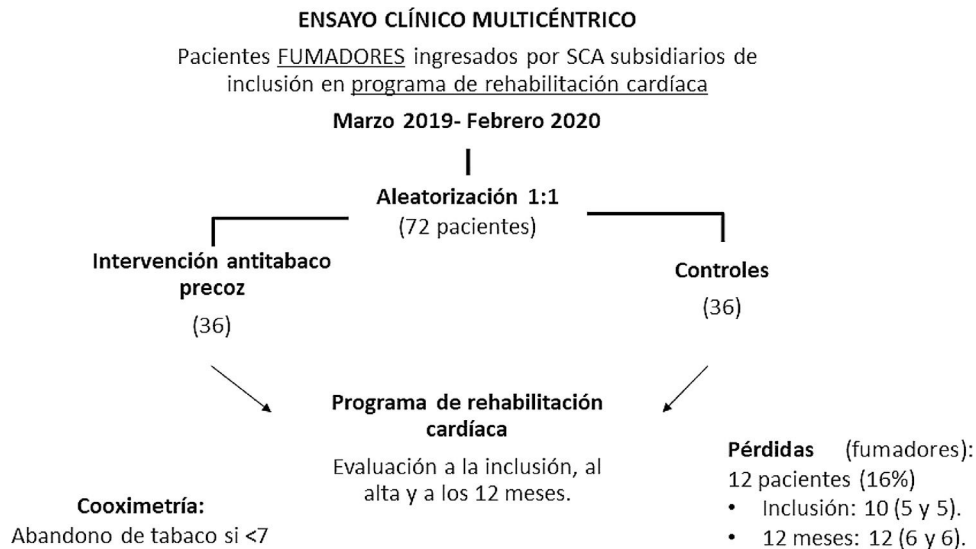


Figura 1 Diagrama de flujo del estudio.
SCA: síndrome coronario agudo.

Sujetos y métodos

Población participante

Ensayo clínico multicéntrico en el que participaron los centros hospitalarios de Zaragoza Miguel Servet, Clínico, Lozano Blesa, Royo Villanova y Nuestra Señora de Gracia, y en el que se incluyeron de forma consecutiva 72 pacientes fumadores activos ingresados por SCA en el periodo comprendido desde abril de 2019 a marzo de 2020. En la [figura 1](#) se ilustra el diseño del estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

Todos los pacientes habían sido revascularizados percutáneamente. Los pacientes seleccionados debían cumplir los criterios de inclusión del PRC, centralizado en el Hospital Nuestra Señora de Gracia. Estos criterios de inclusión ya han sido expresados con detalle en publicaciones previas¹⁰. Asimismo, los pacientes incluidos no presentaron ninguno de los siguientes criterios de exclusión: imposibilidad de realizar la intervención antitabaco de forma inmediata (intubación orotraqueal o situación hemodinámica inestable prolongada), intervención antitabaco en los tres meses previos, no cumplir los criterios de inclusión de la Unidad para realizar el PRC o bien, rechazar la inclusión en el estudio.

Todos los pacientes que aceptaron participar en el ensayo firmaron durante el ingreso una hoja de consentimiento informado. El estudio de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA).

Variables estudiadas

Se recogieron datos epidemiológicos (edad, factores de riesgo cardiovascular, índice de masa corporal, país de origen, nivel educativo, situación laboral, enfermedad

psiquiátrica previa diagnosticada, SCA previo), variables relacionadas con el ingreso por SCA (motivo de ingreso, número de vasos afectados, tipo de revascularización, estancia media, escala subjetiva de miedo) y variables relacionadas con el hábito tabáquico (número de cigarrillos diarios y años fumando, índice paquetes año (IPA), consumo de otros tóxicos, tentativas previas de dejar de fumar y meses de abstinencia conseguida, motivo de recaída, test de Fagerström y Richmond).

IAP

Se aleatorizó 1:1 a recibir o no IAP desde el primer día de ingreso (fase I hospitalaria) y de forma diaria hasta recibir el alta hospitalaria. La IAP fue realizada por cardiólogos formados en intervención tabáquica y consistió principalmente en consejo breve, terapia cognitivo-conductual individual y material de autoayuda. Tras firmar el consentimiento informado el paciente se sometió a una primera evaluación mediante entrevista estructurada en la que se recogían datos sociodemográficos e información sobre la conducta tabáquica del paciente. La terapia cognitivo-conductual se basó en intervención personalizada estructurada en tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono del tabaco y prevención de recaídas. Para ello se utilizaron diversas estrategias: psicoeducación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y apoyo social. Se enfatizó sobre la importancia del abandono tabáquico tras un reciente SCA y se repasaron los motivos para dejar de fumar. Se valoró la dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström y la voluntad para dejar de fumar mediante el test de Richmond. El refuerzo motivacional mediante entrevista personalizada fue una constante en cada sesión. Excepcionalmente se planteó durante el ingreso tratamiento farmacológico adicional en aquellos pacientes con muy alta dependencia.

Tras el alta hospitalaria, periodo considerado vulnerable, se realizaron dos intervenciones antitabaco presenciales

hasta comenzar el PRC únicamente en aquellos pacientes aleatorizados al grupo de IAP.

Inclusión en el PRC

Posteriormente todos los pacientes iniciaron el PRC aproximadamente transcurrido un mes desde el alta hospitalaria. La fase II del PRC se prolongó durante ocho semanas, en la que se realizó intervención de deshabituación tabáquica de forma convencional en ambos grupos. Las intervenciones durante el PRC consistían en consultas monográficas de unos 15 minutos cada tres semanas en los que se reforzaba el consejo motivacional, pautas de terapia cognitivo-conductual y, en último término, se indicaba terapia farmacológica si se consideraba necesario y el paciente lo aceptaba.

Abstinencia tabáquica

La abstinencia tabáquica se comprobó mediante la medida de monóxido de carbono en el aire expirado (cooximetría). Se definió abstinencia cuando el valor de la cooximetría fue menor a siete partes por millón según las directrices del fabricante (Cooximetro NewpiCO TouchScreen). Se tomaron como referencia para el estudio los controles de cooximetría en el momento de inclusión en el PRC, al alta del PRC y a los 12 meses del evento inicial. Los pacientes perdidos durante el seguimiento o que rechazaron continuar en el estudio fueron considerados fumadores activos a todos los efectos, independientemente de si fumaban o no en el momento del abandono.

Análisis estadístico

En el análisis estadístico se evaluó la normalidad con el test de Kolmogorow-Smirnov y Fisher según correspondiera. Las variables cualitativas se expresan en frecuencia (porcentaje) y las cuantitativas en media (desviación estándar). Se estimaron las diferencias entre ambos grupos usando el test χ^2 , el test t Student y test no paramétricos en el caso de variables sin distribución normal. Mediante análisis de regresión logística univariable y multivariable con método por pasos de avance (*stepwise forward method*) se comprobó si la IAP se asociaba a una mayor probabilidad de éxito en la cesación tabáquica. Las tasas de abandono de tabaco en el momento de inclusión en el PRC, al alta del PRC y a los 12 meses del evento coronario fueron presentadas con *Odds Ratio* ajustados (ORs). El nivel de significación estadística se estableció en 0,05 para todos los análisis. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata versión 16 para Windows (StataCorp LLC, Texas, EE. UU.).

Resultados

Se incluyeron 72 pacientes, 58 de los cuales fueron hombres (80,5%). La edad media fue de $53 \pm 8,1$ años. El sobrepeso/obesidad, el sedentarismo y el hipercolesterolemia fueron, por este orden, los factores de riesgo más prevalentes. Respecto a las variables relacionadas con el infarto, 42 pacientes (58%) ingresaron por SCA con elevación

de ST. La valoración media de la escala de miedo subjetiva percibida, codificada del 1 (ausencia de miedo) al 10 (sensación de muerte inminente) fue de $6,5 \pm 2,7$. En cuanto al consumo de tabaco, los pacientes fumaban una media de $22 \pm 11,3$ cigarrillos diarios durante 34 ± 10 años (IPA 37 ± 20). El 58% de la muestra habían intentado abandonar el tabaco previamente (media de abstinencia nueve meses).

Se aleatorizó 1:1 a IAP a 36 pacientes (50%) y a grupo control a 36 pacientes (50%). No hubo diferencias significativas en cuanto a las características basales entre ambos grupos (tabla 1). Se produjeron 12 pérdidas de sujetos, seis durante la Fase II del PRC y seis más durante el seguimiento hasta los 12 meses. Estas pérdidas se consideraron fumadores a todos los efectos independientemente de si fumaban o no en el momento en que se produjo el abandono. Teniendo en cuenta este hecho, la tasa total de abstinencia a los 12 meses fue de 52%. Se prescribieron fármacos antitabaco durante el ingreso a tres (9,6%) de los pacientes en el grupo de IAP y a dos (6,9%) de los pacientes en el grupo control ($p = 0,7$). Durante el PRC se indicó el inicio de tratamiento con fármacos antitabaco a 60% de los pacientes de ambos grupos que aún seguían fumando, sin diferencias significativas. La tasa de abandono de tabaco en el momento de inclusión en el PRC fue significativamente mayor en el grupo de IAP con respecto al grupo control (69 vs. 44%; $p = 0,034$; OR 2,84), sin alcanzar la significación estadística al alta del PRC (58 vs. 50%; $p = 0,478$; OR 1,4) ni a los 12 meses (58 vs. 44%; $p = 0,24$; OR 1,75) (fig. 2). En el análisis multivariable ninguna otra variable se asoció de forma significativa a la abstinencia tabáquica.

Discusión

En prevención secundaria el tabaquismo sigue siendo uno de los principales aspectos mejorables, debido a la alta dependencia que produce el consumo de nicotina. Los progresivos registros EUROASPIRE han demostrado mejoras significativas en el control de la mayoría de factores de riesgo cardiovascular en pacientes ingresados por cardiopatía isquémica, salvo en el caso concreto del tabaco: únicamente la mitad de los pacientes fumadores expresaban la intención de abandonar el tabaco³. Las medidas implementadas en este sentido parecen ser insuficientes teniendo en cuenta la contrastada evidencia sobre el beneficio que supone el cese del hábito tabáquico¹¹. A pesar de las pérdidas durante el seguimiento, consideradas a todos los efectos fumadores, nuestra tasa global de abandono tabáquico al año fue de 52%, datos concordantes con los descritos en la literatura^{1,3,12}. Un metaanálisis de 38 estudios que incluyó a 11,228 pacientes determinó que únicamente un 45% de pacientes conseguían abandonar el tabaco tras un SCA¹². A tal efecto, debemos recordar que en nuestra muestra existía un porcentaje no despreciable de 10% de pacientes que ya habían padecido previamente al ingreso otro SCA y seguían fumando.

Los PRC han demostrado ser una herramienta muy útil en este escenario. Mediante intervenciones individualizadas, en grupo y, más recientemente, con el desarrollo de medios telemáticos, los PRC han mostrado mejorar la tasa de éxito en estudios poblacionales¹³. Las Guías de Prevención

Tabla 1 Características de los grupos

Características de los grupos	IAP (n = 36)	Control (n = 36)	P
Edad (años)	51,1 (8,6)	53,8 (7,4)	0,16
Sexo (varones)	29 (80,5)	29 (80,5)	1
Nacionalidad (españoles)	31 (86,1)	26 (80,5)	0,53
Situación laboral (trabajo en activo)	26 (72,2)	28 (77,8)	0,59
Factores de riesgo cardiovascular:			
Hipertensión arterial	17 (47,2)	14 (38,9)	0,48
Dislipemia	18 (50)	20 (55,5)	0,64
Diabetes mellitus	6 (16,7)	4 (11,1)	0,5
Índice de masa corporal	28,6 (4,3)	27,6 (4,2)	0,35
Cardiopatía isquémica previa	3 (8,3)	4 (11,1)	0,69
Variables del ingreso:			
Infarto con elevación de ST	20 (55,6)	22 (61,1)	0,63
Infarto sin elevación de ST	16 (44,4)	14 (38,9)	
Número de coronarias enfermas:			
Uno	23 (63,9)	21 (58,3)	0,88
Dos	12 (33,3)	14 (38,9)	
Tres	1 (2,8)	1 (2,8)	
Fibrilación ventricular primaria	0 (0)	2 (5,5)	0,15
Miedo subjetivo (codificado del 1-10)	6,8 (2,7)	6,3 (2,9)	0,4
Variables relacionadas con el tabaco:			
Cigarrillos diarios	20,6 (11)	23,4 (12)	0,3
Índice de paquetes-año	32,51 (17,2)	41,1 (23,1)	0,07
Test de Richmond	8,8 (1,3)	8,7 (1,3)	0,86
Test de Fagerström	5,7 (2)	5,6 (2,2)	0,9
Convivientes fumadores	25 (69%)	18 (51%)	0,13
Intentos previos de abandono	23 (63%)	19 (53%)	0,34
Uso de fármacos:	3 (9,6%)	2 (6,9%)	0,7
Tasa de abandono de tabaco:			
A la inclusión en el PRC	25 (69%)	16 (44%)	0,034
Al alta del PRC	21 (58%)	18 (50%)	0,48
A los 12 meses del evento coronario	21 (58%)	16 (44%)	0,24
Valores medios de cooximetría (ppm):			
A la inclusión en el PRC	5,7 (8,2)	8,9 (8,7)	0,14
Al alta del PRC	6,7 (9,7)	9,2 (13,4)	0,41
A los 12 meses del evento coronario	8,4 (10,3)	10,2 (9,7)	0,51

PRC: programa de rehabilitación cardíaca. Las variables cualitativas se expresan en frecuencia (porcentaje) y las cuantitativas en media (desviación estándar); IAP: intervención antitabaco precoz; PPM: partes por millón.

Cardiovascular de la Sociedad Española de Cardiología plantean con un grado de recomendación IIa ofrecer a todos los fumadores un apoyo en la deshabituación y un seguimiento, usando todos los medios disponibles para alcanzar el cese⁶. En los PRC se fomentan distintas terapias antitabaco de forma sinérgica, incluyendo el tratamiento farmacológico de sustitución con nicotina, vareniclina o bupropion. El consejo motivacional y las terapias cognitivo-conductuales juegan también un papel primordial en estos PRC a la hora de conseguir la deshabituación, si bien su rol en el momento agudo continúa sin estar bien determinado.

En nuestro estudio, la intervención precoz consistente en terapia motivacional y cognitivo-conductual realizada precozmente durante la hospitalización por SCA consiguió una tasa de abstinencia tabáquica significativamente mayor en el grupo con IAP respecto al grupo control en el momento de la inclusión en el PRC, aproximadamente transcurrido un

mes del evento agudo. La justificación de iniciar precozmente esta intervención radica en potenciar la motivación de dejar de fumar ante la percepción de situación de riesgo vital. Esta percepción de riesgo se valoró mediante una escala de sensación subjetiva de miedo, respondida con elevadas puntuaciones (media de $6,5 \pm 2,7$). Igualmente existía al ingreso una alta motivación para abandonar el tabaco (media del test de Richmond de $8,8 \pm 1,3$). Con el tiempo, esta sensación de miedo y/o motivación podrían disiparse y favorecer las recaídas tras el alta hospitalaria, especialmente en el paciente revascularizado percutáneamente y con un ingreso corto no complicado.

En este sentido parece adecuado potenciar ya desde la hospitalización las distintas terapias antitabaco disponibles, incluyendo apoyo motivacional y cognitivo-conductual. Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos en pacientes hospitalizados por problemas cardiovasculares agudos en los que se

Abandono de tabaco

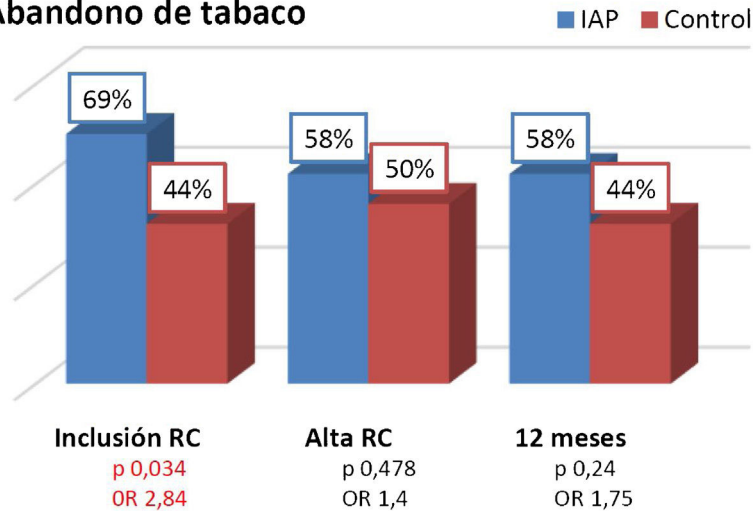


Figura 2 Tasa de abandono de tabaco en el momento de inclusión en RC, al alta de RC y a los 12 meses del evento coronario. IAP: intervención antitabaco precoz; RC: rehabilitación cardiaca.

realizó una terapia intensiva desde su estancia en el hospital mostró una mayor eficacia que los cuidados habituales⁸. Además, en uno de esos estudios también se demostró una menor tasa de mortalidad y reingreso en pacientes fumadores hospitalizados por patología cardiovascular aguda que recibieron consejo motivacional y tratamiento farmacológico durante tres meses¹⁴. Por otra parte, al igual que en registros previos^{4,11,15}, el uso de fármacos antitabaco durante el ingreso, si bien poco frecuente en nuestra muestra, fue seguro y no se reportaron complicaciones asociadas a su utilización. En cuanto a la literatura, se han descrito resultados dispares con respecto a las terapias conductuales, pudiendo justificarse por su heterogeneidad, distinta frecuencia y duración. Si bien existen estudios en los que no se demuestra beneficio adicional de la intervención de grupo respecto a la farmacoterapia aislada, existen otros con resultados positivos en los que la terapia motivacional (intensiva y diaria) desde la hospitalización ha tenido un mayor éxito respecto a la terapia farmacológica aislada^{16,17}. Asimismo, para alcanzar los resultados de nuestro estudio, debemos destacar las dos intervenciones antitabaco que se realizaron en el grupo de intervención durante el intervalo de tiempo comprendido entre el alta hospitalaria y el inicio del PRC. Consideramos de vital importancia mantener las intervenciones inmediatas tras el ingreso ya que suele ser un periodo vulnerable de alto riesgo de recaídas.

Sin embargo, si bien nuestro estudio muestra que una IAP consigue una rentabilidad adicional hasta el momento de inclusión en el PRC, parte de estos efectos beneficiosos parecen neutralizarse con el tiempo hasta llegar a perder la significación estadística respecto al grupo control. Este hecho no hace sino refrendar el importante número de recaídas a corto y medio plazo, en un escenario donde en muchas ocasiones se pierde el seguimiento del paciente. Por lo tanto, la continuidad asistencial, las intervenciones programadas durante el seguimiento por personal especializado y el mayor uso de las nuevas tecnologías en estos pacientes es claramente necesario para conseguir el cese tabáquico, así como para evitar, detectar y tratar

precozmente las recaídas, que por otra parte son muy frecuentes en esta población.

Limitaciones del estudio

Inicialmente se había realizado un cálculo del tamaño muestral con base en una comparación de proporciones estimándose una muestra necesaria de 100 pacientes. En este cálculo se tuvo en cuenta un porcentaje aproximado de pérdidas de 5% y una potencia mínima del test de 80%. Sin embargo, la brusca irrupción de la pandemia SARS-CoV-2 en nuestro país en marzo de 2020 impidió alcanzar el tamaño muestral calculado. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 en un contraste bilateral con 36 sujetos en el primer grupo y 36 en el segundo, la potencia del contraste de hipótesis es de 22% para detectar como estadísticamente significativa la diferencia de tasa de abandono tabáquico que existe a los 12 meses entre 58% del primer grupo y 44% del segundo. Por consiguiente, nuevos estudios similares con mayor muestra pudieran alcanzar resultados significativos, posiblemente incorporando protocolos que permitan una continuidad asistencial más allá del corto-medio plazo.

La pandemia SARS-CoV-2 también dificultó el seguimiento global de los pacientes y las revisiones a los 12 meses por el colapso sanitario, lo que se tradujo en un número de pérdidas superior al esperado durante el seguimiento. Estas pérdidas penalizaron los resultados del estudio de forma indirecta, pues hay que recordar que se consideraron fumadores a todos los efectos. No obstante, la mayor parte del estudio y toda la fase de reclutamiento alcanzada fue previa al inicio de la cuarentena. Por otro lado, se sabe que la pandemia generó situaciones variadas de estrés, ansiedad y preocupación laboral que han podido condicionar un obstáculo para dejar de fumar o favorecer las recaídas, habiendo algunos registros en los que consta un mayor hábito tabáquico durante la pandemia¹⁸. Finalmente, remarcar que el estudio fue diseñado específicamente para pacientes con SCA revascularizados percutáneamente y sus resultados no se pueden extrapolar al resto de pacientes que

ingresan por un SCA (revascularización quirúrgica o tratamiento farmacológico conservador). Seguramente, el perfil del paciente incluido en nuestra muestra (paciente joven con SCA revascularizado percutáneamente, de bajo riesgo, estancia media hospitalaria corta y escasas complicaciones durante el ingreso) ayudan a banalizar con el tiempo la sensación de gravedad de su patología y favorezca las recaídas tras el alta hospitalaria.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson R, et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368:341–50.
2. Lloyd A, Steele L, Fotheringham J, Iqbal J, Sultan A, Teare MD, et al. Pronounced increase in risk of acute ST-segment elevation myocardial infarction in younger smokers. *Heart*. 2017;103(8):586–91.
3. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Ryden L, Hoes A, Grobbee D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26(8):824–35.
4. Eisenberg MJ, Grandi SM, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, et al. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:524–32.
5. Van den Berg MJ, Van der Graaf Y, Deckers JW, de Kanter W, Algra A, Kappelle LJ, et al. Smoking cessation and risk of recurrent cardiovascular events and mortality after a first manifestation of arterial disease. *Am Heart J*. 2019 Jul;213:112–22.
6. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42:3227–337.
7. Suissa K, Larivière J, Eisenberg MJ, Eberg M, Gore GC, Grad R, et al. Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients with Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2017 Jan;10(1):e002458.
8. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5(5):CD001837.
9. Dawood N, Vaccarino V, Reid KJ, Spertus JA, Hamid N, Parashar S. PREMIER Registry Investigators. Predictors of smoking cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success. *Arch Intern Med*. 2008;168(18):1961–7.
10. Chabbar MC, Cuko G, Garza F, Albarrán C, Bustamante E, Amo AB. Prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo. Resultados a medio plazo de un programa de rehabilitación cardiaca. *Rev Colomb Cardiol*. 2019;26(5):264–71.
11. Franck C, Filion KB, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with acute coronary syndrome. *Am J Cardiol*. 2018;121:1105–11.
12. Lovatt S, Wong C, Holroyd E, Butler R, Phan T, Patwala A, et al. Smoking cessation after acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2021:e14894.
13. Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 2009;30(6):718–30.
14. Mohiuddin SM, Moss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier D, Hilerman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*. 2007;446–52.
15. Jimenez CA, de Granda JI, Solano S, Riesco JA, de Hijes E, Pascual JF, et al. Normativa sobre tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(7):387–94.
16. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behavior programmes for smoking cessation (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD001007.
17. Becoña E, Fernández E, López-Durán A, Martínez U, Martínez C, Rodríguez RA. El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del psicólogo*. 2014;35:161–8.
18. Pastor E, Castelló C, Jordá A, Boira I, Chiner E. Tabaco y coronavirus: una oportunidad para dejar de fumar. *Arch Bronconeumol*. 2021;57(12):784–5.