

# Eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes con infarto de miocardio

Alfonso Moreno Ortigosa, Francisco Javier Ochoa Gómez,  
Enrique Ramalle-Gómara<sup>a</sup>, Iñaki Saralegui Reta,  
María Victoria Fernández Esteban y Manuel Quintana Díaz<sup>b</sup>

Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.

<sup>a</sup>Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Gobierno de La Rioja.

<sup>b</sup>Unidad de Investigación de La Rioja. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General de Soria.

**FUNDAMENTO:** El objetivo de este ensayo clínico aleatorizado es evaluar la eficacia de una intervención estructurada basada en el consejo médico en pacientes con infarto agudo de miocardio ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI), frente al consejo antitabaco habitual.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se estudiaron 90 pacientes que fueron asignados de forma aleatoria para recibir la intervención específica (grupo intervención) o la intervención habitual (grupo control). El consejo médico se hizo durante el ingreso en UCI y a la segunda, tercera y cuarta semanas. Un año más tarde se determinaba el estado de no fumador.

**RESULTADOS:** Al año, 26 sujetos del grupo intervención (60,5%) y 31 sujetos del grupo control (66,0%) dejaron de fumar (riesgo relativo [RR] 0,88; intervalo de confianza del 95% [IC 95% RR] 0,57-1,37).

**CONCLUSIONES:** El porcentaje de sujetos que dejan de fumar después de un infarto de miocardio es alto. La intervención basada en el consejo médico parece no ser efectiva para reducir el número de fumadores al cabo de un año.

**Palabras clave:** Tabaquismo; Cesación del hábito tabáquico; Infarto de miocardio.

**Efficacy of an intervention in smoking cessation in patients with myocardial infarction**

**BACKGROUND:** The aim of this study was to evaluate the efficacy of an structured intervention based on a medical advice versus to the ordinary anti-tobacco advice in patients with myocardial infarction who are attended in an Intensive Care Unit (ICU).

**PATIENTS AND METHODS:** 90 patients were randomly selected to receive either the specific intervention (intervention group) or the ordinary advice (control group). The medical advice was given during the ICU hospitalization and during the second, the third and the fourth week. One year later the smoking habit was evaluated.

**RESULTS:** After one year 26 patients of the intervention group and 31 patients of the control group had stopped smoking (RR = 0,88 [CI 95% RR] 0,57 to 1,37).

**CONCLUSIONS:** The percentage of patients who stop smoking after a myocardial infarction is high. The structured medical counselling was not effective to reduce the number of smokers at one year.

Med Clin (Barc) 2000; 114: 209-210

Correspondencia: Dr. A. Moreno Ortigosa.  
Unidad de Cuidados Intensivos.  
Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.  
Autonomía de La Rioja, 3. 26004 Logroño. La Rioja.  
Correo electrónico: amoreno@hsanmillan.es

Recibido el 25-2-1999; aceptado para su publicación el 1-7-1999

La relación del tabaco con las enfermedades cardiovasculares ha sido ampliamente estudiada. Numerosas investigaciones demuestran la asociación del tabaco con la mortalidad de causa cardiovascular<sup>1,2</sup>. Dejar de fumar disminuye el riesgo coronario. Así, es de vital importancia que el paciente que ha tenido un infarto de miocardio deje de fumar de manera inmediata<sup>3</sup>. Por sí sola, esta medida disminuye el número de muertes con el doble de efectividad que las basadas en otras terapias farmacológicas<sup>4</sup>.

Existen varios métodos para ayudar a los pacientes a dejar de fumar: desde la intervención mínima<sup>5</sup> de invitación personal a dejar de fumar, hasta la terapia especializada con apoyo psicológico y terapias de grupo.

En los últimos 6 años, varios autores han descrito diferentes intervenciones realizadas de forma conjunta por médicos y enfermeras utilizando contactos repetidos por teléfono que inducen tasas de abandono del tabaquismo hasta del 71%<sup>6</sup>.

El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de una intervención estructurada basada en el consejo médico en pacientes con infarto agudo de miocardio ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI), frente al consejo antitabaco habitual.

### Pacientes y métodos

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado (ECA) sobre los pacientes convalecientes de infarto agudo de miocardio ingresados entre el 1 de julio de 1995 y el 30 de septiembre de 1996 en la unidad de cuidados intensivos del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro y del Hospital General de Soria. Ambos son hospitales y unidades de referencia (Comunidad Autónoma de La Rioja y provincia de Soria, respectivamente) para el tratamiento de pacientes con infarto agudo de miocardio.

Se realizó un muestreo equilibrado al azar en dos grupos, y estratificado según la edad, el sexo, el grado de adicción a la nicotina y la gravedad del infarto de miocardio. La intervención a evaluar tenía dos fases: *a)* intervención breve, realizada entre las 48 y las 72 h posteriores al ingreso por infarto agudo de miocardio en la UCI, consistente en una entrevista, de unos 10 min de duración, con el médico de la unidad, estructurada como una intervención mínima de segundo nivel<sup>7</sup>, y *b)* intervención de refuerzo de la motivación y consejos para aliviar el síndrome de abstinencia a la nicotina que se realizó a través de teléfono por una enfermera de la UCI en la segunda, tercera y cuarta semanas del ingreso por infarto. Sobre los controles se mantuvo el consejo antitabaco habitual, que consistía en una o dos frases de conse-

jo antitabaco en el momento de la atención sanitaria. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, grado de adicción a la nicotina (medido según el test de Fagerström<sup>7</sup>, estableciéndose como dependencia moderada entre 0 y 6 puntos y dependencia intensa más de 6 puntos), gravedad del infarto de miocardio (medida según la clasificación de Killip, definiendo menor gravedad para Killip I y II, y mayor gravedad para Killip III y IV). Estas variables sirvieron para asignar de forma estratificada a los participantes.

El estado de fumador al año se determinó mediante una entrevista personal y se corroboró mediante un analizador de CO (monóxido de carbono) en el aire espirado en partes por millón (ppm) (Monitor Mini y micro Smokerlizer EC-50 portátil de Bedfont Instruments). Se consideraron no fumadores las personas que tenían una medición de CO menor de 10 ppm. El médico que realizaba la determinación desconocía si el paciente pertenecía al grupo de intervención o al grupo control.

El análisis de las características basales de los dos grupos fue realizado mediante la prueba de la  $\chi^2$  para variables cualitativas y la t de Student-Fisher para las cuantitativas. El efecto de la intervención sobre el abandono del hábito tabáquico al cabo de un año se expresa como riesgo relativo (RR), asumiendo un efecto significativo cuando el intervalo de confianza (IC) del 95% no incluye el valor uno. El análisis estadístico se realizó sobre el total de pacientes incluidos en el estudio (análisis por intención de tratar), considerando las pérdidas como fumadores al año. El análisis de los datos se hizo con el programa informático SPSS versión 6.12 para Windows.

Para que los pacientes fueran incluidos en el estudio se solicitó la aceptación a participar mediante consentimiento informado.

### Resultados

Se incluyeron en el estudio a 90 pacientes que fueron asignados de forma aleatoria, 43 al grupo de intervención y 47 al grupo control. Un paciente del grupo de intervención y dos del grupo control se perdieron durante el seguimiento.

Las características iniciales de los sujetos se presentan en la tabla 1. No había diferencias significativas entre los dos grupos. La mayor parte de los sujetos incluidos en el estudio eran varones (85, [94,4%]). La edad media fue de 56,7 años. La mayor parte (74 [87,8%]) presentaron un estado de gravedad del infarto Killip I. El infarto de miocardio fue de localización inferior en 50 sujetos (55,6%), anterior en 21 (23,3%), no transmural en 7 (7,8%) y otras localizaciones en 12 (13,3%).

Al cabo de un año, 57 personas (63,3%) eran no fumadoras y 33 (36,7%) fumadoras. De los 43 sujetos que pertenecían al grupo intervención, 26 (60,5%) no fumaban. De los 47 del grupo control, 31

TABLA 1

## Características iniciales de los grupos

Variable	Grupo control	Grupo intervención	Significación
Sexo (porcentaje de varones)	93,6	95,3	0,72
Edad en años $\bar{X}$ (DE)	56,7 (11,5)	56,5 (11,2)	0,86
Puntuación de Fagerström $\bar{X}$ (DE)	6,4 (1,8)	6,0 (1,9)	0,40
Gravedad del infarto (Killip I) (porcentaje de personas con Killip I)	85,1	90,7	0,60
N.º de cigarrillos por día al ingreso en UCI. $\bar{X}$ (DE)	23,4 (12,6)	24,7 (15,4)	0,65
Intentos previos de dejar de fumar (mediana)	2	1,5	*
Otros fumadores que conviven en su casa (mediana)	0	1	*

TABLA 2

## Proporción de no fumadores

Tiempo	Grupo control	Grupo intervención	Significación
Un mes	88,4	92,1	0,85
Tres meses	79,1	92,1	0,10
Doce meses	68,9	61,9	0,49

(66,0%) no fumaban. La diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa ( $RR = 0,88$ , IC del 95%, 0,57-1,37).

La recaída en el hábito de fumar se produjo de forma escalonada en el tiempo. A los tres meses de iniciado el estudio 3 personas del grupo de intervención (7,0%) y 8 (17,0%) del grupo control habían vuelto a fumar ( $p = 0,15$ ) (tabla 2). La disminución en cigarrillos/día fumados era significativamente mayor en el grupo intervención (24,7 frente a 15,4 cigarrillos/día;  $p < 0,02$ ). Igualmente, la puntuación de Fagerström era menor al cabo de un año en todos los sujetos que recaían. Este descenso en el grado de adicción era significativamente mayor en el grupo de intervención (4,3 frente a 2,5 puntos;  $p < 0,04$ ). La mayoría de los fumadores (23 [70,0%]), querían volver a intentar dejar de fumar.

## Discusión

La intervención propuesta no fue efectiva para aumentar la proporción de pacientes que dejaban de fumar después de un infarto de miocardio. Un aspecto positivo, como previamente se ha descrito en otro estudio<sup>8</sup>, fue que en el subgrupo de personas que volvieron a fumar, tanto el número medio de cigarrillos fumados como el grado de adicción a la nicotina fue sig-

nificativamente menor en el grupo de intervención. La proporción de pacientes que dejaron de fumar fue muy alta, ya fuesen del grupo intervención o del grupo control.

Una de las dificultades con que nos hallamos es que la intervención propuesta intentaba que en unos días la persona cambiara un hábito de muchos años. Según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente<sup>9</sup>, el fumador consonante con su actitud de fumar debe cambiar a fumador disonante, no conforme con su situación, y pasar por las fases de pre-contemplación, contemplación, preparación y acción y, finalmente, la de mantenimiento. En los pacientes con infarto de miocardio todas las fases se concentran en el período de ingreso en el hospital, donde obligadamente está prohibido fumar. Nosotros concentrábamos todavía más el proceso al realizarlo en unos tres días.

En nuestro estudio, las personas encargadas de la intervención realizaban la misma como parte de su labor asistencial en la unidad de cuidados intensivos. Es decir, no constituía un personal específicamente dedicado a la terapia para dejar de fumar al realizar su trabajo, al contrario de lo que ocurre con este tipo de estudios en otros ámbitos<sup>9</sup>.

A pesar de lo anterior la proporción de ex fumadores en nuestro estudio es muy alta, posiblemente debido a la alta disuasión que el sufrir un infarto de miocardio provoca en los pacientes y a que, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, los consejos antitabaco son claros y repetidos, proporcionando ayuda al paciente en el período de mantenimiento y evitando así las recaídas en los pacientes.

Cabe preguntarse cuál sería la estrategia actual para llegar a la meta de que la abstinencia de fumar en pacientes con infarto agudo de miocardio se acerque a la totalidad. A los 6 meses del infarto, los pacientes que confiesan fumar pueden ser rescatados para una terapia más intensa, pudiendo plantearse hasta terapia sustitutiva en los que no tengan una afección coronaria inestable<sup>4,10</sup> y terapia especializada para tabaquismo.

## Agradecimiento

A la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de La Rioja por la financiación de este trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez TR, Bueno A, Pueyos SA, Espigares GM, Martínez MM, Gálvez VR. Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 121-127.
- Banegas JR, Rodríguez AF, Martín JM, González J, Villar F, Guasch A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 644-649.
- Ryan TJ, Anderson JL, Antman EM, Braniff BA, Brooks NH, Califf RM et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). *JACC* 1996; 28: 1328-1428.
- Deedwania PC, Amsterdam EA, Vagelos RH. California cardiology working group on post-MI management. Evidence-based, cost-effective risk stratification and management after myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1997; 157: 273-280.
- García Hidalgo A. Intervención mínima frente al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 114-123.
- DeBusk RF, Houston-Miller RN, Superko HR, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT et al. A case-management system for coronary risk factor modification after myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994; 120: 721-729.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.
- Aliaga M, Pujol E, Ballestín M. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
- Prochaska J, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-1114.
- Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka AV, Westman EC, Steele BG et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996; 335: 1792-1798.