



463 - TABAQUISMO Y LIPOPROTEÍNA(A): IMPACTO DEL TABACO EN EL RIESGO VASCULAR

Alejandro Maceín Rodríguez, Andrea Bastos Precedo, Irene Madejón Sánchez, Alejandra Calle Martínez, Lucía Domínguez Parreño, Claudia Dorta Hernández, María del Rosario Iguarán Bermúdez y Manuel Méndez Bailón

Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar y comparar las características clínicas y pronósticas de pacientes con hiperlipoproteinemia(a) según su hábito tabáquico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, comparando pacientes ex/fumadores frente a no fumadores, que presentaban valores de lipoproteína(a) > 30 mg/dL. Se recogieron variables clínicas, analíticas, pronósticas, comorbilidades y tratamiento. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado o Fisher para variables cualitativas y test de Student o Mann-Whitney para cuantitativas, estableciendo la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes, de los cuales 121 (46,2%) eran fumadores activos o exfumadores. Estos mostraron una mayor proporción de varones (54,5 vs. 29,8%; $p < 0,001$). La solicitud de Lp(a) en prevención secundaria fue más frecuentes en ex/fumadores (44,6 vs. 18,4%; $p < 0,001$), reflejando una mayor carga vascular. En cuanto a comorbilidades (tabla 1), aquellos con antecedente de tabaquismo presentaron una prevalencia mayor de infarto agudo de miocardio, diabetes leve/moderada y EPOC. La presencia de tabaquismo activo o pasado se asoció de manera significativa con mayor comorbilidad según el índice de Charlson, observándose alta comorbilidad en el 26,4% de ellos frente al 16,3% en nunca fumadores ($p = 0,017$). Analíticamente, en ex/fumadores se obtuvieron niveles más bajos de colesterol total (169,3 mg/dL \pm 44,6 vs. 185,6 mg/dL \pm 47,4; $p = 0,002$), HDL (54,1 mg/dL \pm 15,5 vs. 60 mg/dL \pm 15,9; $p = 0,001$), LDL (90,9 mg/dL \pm 36,6 vs. 105,1 mg/dL \pm 39,6; $p = 0,001$) y Lp(a) (92,6 mg/dL \pm 40,7 vs. 106,6 mg/dL \pm 44,3; $p = 0,015$), lo que podría reflejar un tratamiento más intensivo en estos pacientes. Respecto a los hallazgos ecocardiográficos (tabla 2), observamos una mayor frecuencia de estenosis y calcificación aórtica en pacientes con tabaquismo activo o previo. Asimismo, se identificó una tendencia a mayor hipertrofia ventricular izquierda y mayor volumen auricular izquierdo, aunque sin alcanzar la significación. En cuanto al tratamiento, la utilización de antihipertensivos, ácido acetilsalicílico, estatinas y combinaciones con ezetimiba fue significativamente mayor en el grupo con tabaquismo activo o pasado. Acerca del pronóstico, los pacientes ex/fumadores acudieron más veces a urgencias ($1,4 \pm 2$ vs. $1 \pm 1,7$; $p = 0,049$), presentaron más ingresos hospitalarios ($0,7 \pm 1,3$ vs. $0,3 \pm 0,9$; $p < 0,001$) y eventos cardiovasculares ($0,2 \pm 0,4$ vs. $0,1 \pm 0,2$; $p < 0,001$), además de una tendencia a mayor mortalidad (5,8 vs. 3,5%; $p = 0,570$).

Tabla 1

Comorbilidad	Ex/fumadores (n = 121)	No fumadores (n = 141)	p
Infarto agudo de miocardio	34,7%	15,6%	p 0,001
Diabetes mellitus leve/moderada	19,8%	9,9%	p 0,036
Insuficiencia cardiaca	11,6%	5,0%	p 0,083
Ictus	10,7%	4,3%	p 0,075
EPOC	9,1%	2,1%	p 0,024
Demencia	7,4%	9,2%	p 0,768
Diabetes mellitus con lesión de órgano diana	7,4%	2,1%	p 0,071
Enfermedad renal crónica moderada	6,6%	6,4%	p 1,000
Tumor sólido sin metástasis	5,8%	9,2%	p 0,418
Úlcus péptico	5,8%	1,4%	p 0,085
Hepatopatía leve	4,1%	2,1%	p 0,478
Arteriopatía periférica	3,3%	4,3%	p 0,756
Tumor sólido con metástasis	2,5%	0,7%	p 0,338

Tabla 2

Variables ecocardiográficas	Ex/fumadores (n = 121)	No fumadores (n = 141)	p
Estenosis aórtica al menos moderada	9,2%	5,0%	p 0,001
Calcificación valvular aórtica	14,1%	5,7%	p 0,001

FEVI (%)	58,7 ± 9,3	59,5 ± 7,7	p 0,409
Hipertrofia ventrículo izquierdo (g/m ²)	95,1 ± 32,6	88 ± 29,8	p 0,311
Volumen aurícula izquierda (mL/m ²)	32,2 ± 14,9	29,6 ± 13,2	p 0,637

Discusión: En nuestro estudio, el tabaquismo se asoció a una mayor prevalencia de factores de riesgo y comorbilidades, hallazgos consistentes con la evidencia previa, lo que refuerza el papel del tabaco como promotor de daño vascular y sistémico, incluso tras años de la cesación. A pesar de cifras más bajas de LDL y Lp(a), los ex/fumadores mostraron una diferencia significativa en eventos clínicos, lo que sugiere un riesgo residual elevado pese a intervenciones terapéuticas intensivas, incluyendo un mayor uso de estatinas y terapias combinadas.

Conclusiones: El tabaquismo, activo o pasado, se asocia a un perfil clínico y pronóstico más desfavorable, con mayor utilización de recursos sanitarios y necesidad de un manejo terapéutico intensivo, lo que subraya la importancia de la prevención y cesación tabáquica precoz.