Cuaderno de enfermería. Revista científica
Vol. 4(3), 26-30, 2026
https://doi.org/10.62574/54srcs74

Tabaquismo e infarto agudo de miocardio: Riesgo y prevención desde enfermería

Smoking and acute myocardial infarction: Risk and nursing prevention

Erik Mateo Chasiluisa-Sisalema
erikcs49@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-0058-1867

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre el tabaquismo y el infarto agudo de miocardio (IAM), así como las oportunidades de prevención y cesación desde enfermería en Ecuador. Método: Síntesis documental breve de 15 publicaciones sobre riesgo coronario, atención después de un síndrome coronario agudo e intervenciones para dejar de fumar. Resultados: El consumo de tabaco se asocia con mayor probabilidad de IAM y muestra una relación con la intensidad de exposición; abandonar el hábito después de un evento coronario se relaciona con menor mortalidad. El consejo y el seguimiento de enfermería pueden favorecer la abstinencia, aunque no permiten estimar por sí solos una reducción de la incidencia nacional de IAM. Conclusión: Registrar el consumo, ofrecer ayuda para dejar de fumar y dar continuidad al apoyo durante la recuperación son actuaciones pertinentes para la prevención cardiovascular en Ecuador.
Descriptores: tabaquismo; infarto del miocardio; abandono del hábito de fumar. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To examine the association between smoking and acute myocardial infarction (AMI), and opportunities for nursing prevention and smoking cessation in Ecuador. Methods: A brief documentary synthesis of 15 publications on coronary risk, care after acute coronary syndromes and cessation interventions. Results: Smoking is associated with higher odds of AMI, with risk varying by exposure; quitting after a coronary event is associated with lower mortality. Nursing advice and follow-up can support abstinence, although their effect alone cannot establish a reduction in national AMI incidence. Conclusion: Recording tobacco use, offering cessation support and maintaining follow-up during recovery are relevant actions for cardiovascular prevention in Ecuador.
Descriptors: smoking; myocardial infarction; smoking cessation. (DeCS).

Recibido: 06/08/2026. Revisado: 07/09/2026. Aprobado: 12/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) se define por lesión miocárdica aguda con evidencia de isquemia, de acuerdo con criterios clínicos, electrocardiográficos, analíticos o de imagen (1). Entre los factores modificables, el tabaquismo ocupa un lugar destacado: el estudio INTERHEART, realizado en 52 países, halló una asociación entre el consumo de tabaco y el primer IAM, con aumento del riesgo conforme crecía la exposición (2). El análisis conjunto de otros factores en ese estudio recuerda que hipertensión, diabetes, alteraciones lipídicas y condiciones psicosociales también influyen, por lo que el riesgo individual requiere una valoración integral (3).

En Ecuador, la prevención del IAM exige reconocer el tabaquismo en la consulta, la hospitalización y el seguimiento comunitario, así como facilitar apoyo accesible para abandonar el consumo. Las guías de prevención cardiovascular recomiendan preguntar por el uso de tabaco y ofrecer intervenciones de cesación (4); en quienes presentan un síndrome coronario agudo, la atención posterior al alta incorpora el control de factores de riesgo y la rehabilitación (5). Este trabajo examina la evidencia sobre tabaquismo e IAM y concreta actuaciones de enfermería aplicables al contexto ecuatoriano.

MÉTODO

Se realizó una síntesis documental narrativa de 15 publicaciones pertinentes al objetivo: estudios de casos y controles, registros clínicos, revisiones, guías y trabajos sobre cesación y rehabilitación cardíaca. Se organizaron los hallazgos en asociación con IAM, pronóstico después del evento y apoyo para dejar de fumar. Se incluyeron estudios fundacionales anteriores a 2021 por su contribución directa al tema. No se efectuó una búsqueda sistemática reproducible, un metaanálisis ni un cálculo de incidencia atribuible al tabaco en Ecuador.

RESULTADOS

En INTERHEART, el tabaquismo activo se asoció con el primer IAM y mostró un gradiente según el número de cigarrillos; también se observó riesgo con la exposición al humo ajeno (2). La asociación persistió al considerar otros factores modificables, aunque la magnitud observada en una población internacional no equivale a una estimación ecuatoriana (3).

Este hallazgo apoya preguntar tanto por el consumo actual como por la exposición doméstica y laboral, sin reducir la evaluación clínica a una sola causa.

Los registros regionales aportan información sobre pacientes ya ingresados por IAM: el registro argentino ARGEN-IAM-ST describe características y evolución hospitalaria, pero no estima por sí mismo la incidencia del infarto entre fumadores de la población general (6). Un análisis uruguayo examinó los costos asistenciales del IAM en el contexto del control del tabaco, útil para discutir implicaciones sanitarias sin trasladar sus resultados económicos a Ecuador (7). Las diferencias de sistemas de salud, vigilancia y exposición limitan cualquier extrapolación numérica.

Después de un evento coronario, continuar fumando añade un riesgo modificable. Un metaanálisis de cohortes de pacientes con IAM encontró menor mortalidad entre quienes dejaron de fumar frente a quienes continuaron (8); una revisión de enfermedad coronaria alcanzó una conclusión concordante, aunque sus datos proceden principalmente de estudios observacionales (9). La cesación constituye, por tanto, una prioridad de prevención secundaria, mientras el tratamiento del síndrome coronario agudo sigue las indicaciones clínicas habituales (5).

DISCUSIÓN

La evidencia sobre intervenciones de enfermería se refiere sobre todo al éxito al dejar de fumar: una revisión Cochrane halló que el consejo y apoyo conductual ofrecidos por personal de enfermería aumentan las probabilidades de abstinencia frente a la atención habitual (10). En pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo, un ensayo mostró mayor abstinencia con vareniclina iniciada durante el ingreso, en un programa que también ofrecía orientación; la selección del tratamiento farmacológico requiere evaluación clínica individual (11). Ni el ensayo ni la revisión prueban una disminución específica de infartos en Ecuador.

En la práctica, enfermería puede documentar el consumo y la dependencia, explorar la disposición para cambiar, explicar de forma comprensible la relación con el IAM y acordar un plan de abandono con seguimiento. Tras el alta, conviene coordinar la derivación a recursos de cesación y rehabilitación cardíaca, verificar dificultades y recaídas sin

culpabilizar a la persona. Los programas de rehabilitación aportan educación y entrenamiento supervisado como parte del cuidado coronario (12); una experiencia clínica latinoamericana sobre tabaquismo intenso después del IAM ilustra la necesidad de apoyo continuado, aunque no sustituye los ensayos comparativos (13).

En Ecuador, estas acciones pueden integrarse entre atención primaria, urgencias y servicios de cardiología mediante registro sistemático del estado tabáquico y continuidad del contacto después del alta. La prevención debe comenzar antes de la enfermedad: un estudio sobre adolescentes documentó factores asociados con el consumo y respalda adaptar la educación a esa etapa vital (14). Una reflexión regional sobre mortalidad y tabaco subraya la relevancia de la prevención poblacional (15). Faltan cohortes nacionales comparables que permitan cuantificar con precisión el riesgo atribuible al consumo y evaluar resultados de programas de cesación en el país.

CONCLUSION

El tabaquismo se asocia de forma consistente con mayor riesgo de IAM, y dejar de fumar después de un evento coronario se relaciona con un mejor pronóstico. En Ecuador, enfermería puede contribuir mediante detección del consumo, consejo breve, apoyo conductual, derivación y seguimiento coordinado con la atención cardiovascular. Se requieren datos nacionales sobre exposición, incidencia y resultados de las intervenciones para medir el alcance de estas acciones sin extrapolar cifras de otros países.

REFERENCIAS

1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Circulation. 2018;138(20):e618-e651. doi:10.1161/CIR.0000000000000617.

2. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet. 2006;368(9536):647-658. doi:10.1016/S0140-6736(06)69249-0.

3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):937-952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9.

4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.

5. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

6. D'Imperio H, Charask A, Castillo Costa Y, Zapata G, Quiroga M, Meiriño A, et al. Infarto de miocardio en Argentina. Tercer reporte del registro ARGEN-IAM-ST y comportamiento de la mortalidad en 8 años. Rev Argent Cardiol. 2023;91(6):435-442. doi:10.7775/rac.es.v91.i6.20712.

7. Paolillo-Cabrera E, Torres F, Machado F, Scasso A, Alvarado A, Genta D, et al. Impacto del control de tabaco en los costos asistenciales del infarto agudo de miocardio en Uruguay. Cad Saude Publica. 2021;37(1):e00149019. doi:10.1590/0102-311X00149019.

8. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. Arch Intern Med. 2000;160(7):939-944. doi:10.1001/archinte.160.7.939.

9. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003;290(1):86-97. doi:10.1001/jama.290.1.86.

10. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12(12):CD001188. doi:10.1002/14651858.CD001188.pub5.

11. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, Grondin FR, Bata I, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. Circulation. 2016;133(1):21-30. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019634.

12. Maroto Montero JM, Artigao Ramírez R, Morales Durán MD, de Pablo Zarzosa C, Abraira V. Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. Rev Esp Cardiol. 2005;58(10):1181-1187.

13. Campollo-Rivas O, Torres-Delgado OP, Becerra-García M. Tratamiento de tabaquismo intenso después de un infarto agudo de miocardio. Med Int Mex. 2017;33(4):533-539.

14. González Henríquez L, Berger Vila K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. Cienc Enferm. 2002;8(2):27-35. doi:10.4067/S0717-95532002000200004.

15. Giorgi M. Mortalidad y consumo de tabaco: un asunto que no debemos soslayar. Rev Argent Cardiol. 2023;91(3):182-183. doi:10.7775/rac.es.v91.i3.20644.

Derechos de autor: 2026 Erik Mateo Chasiluisa-Sisalema. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/