

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN FUMADORES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA PREVIAMENTE DIAGNOSTICADA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

M. García Rueda¹, G. Luque López², M. Arroyo Varela³, E. Casado Miranda³, A. Dorado Galindo³, N. Prieto García⁴, J.L. de la Cruz Ríos³.

¹Unidad de Gestión Clínica Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga.

²Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario de Málaga.

³Unidad de Gestión Clínica Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga.

⁴Unidad de Prevención y Promoción de Salud. Distrito Sanitario Málaga-Guadalborce.

Estudio financiado por Beca Fundación Neumosur 8/2014.

Resumen:

Objetivo: conocer las características clínicas y de tabaquismo de los pacientes fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) previamente diagnosticada y objetivar los posibles beneficios en términos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que proporciona la intervención en tabaquismo en una unidad especializada de neumología.

Pacientes y métodos: estudio de cohortes prospectivo, en condiciones reales, de 6 meses de seguimiento. Criterios de inclusión: diagnóstico de EPOC desde al menos 6 meses antes, tabaquismo activo ≥ 5 cigarrillos/día, motivados para realizar intento de cesación y en estabilidad clínica. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de tabaquismo. Intervención intensa en tabaquismo en consulta especializada de neumología de 6 meses (8 visitas) Tratamiento individualizado. Se valoró la CVRS a través del Saint George's Respiratory Questionnaire, (SGRQ)

Resultados: 278 pacientes (58% hombres), edad media 62,2 años. Tabaquismo: consumo acumulado 58 paquetes-año, monóxido de carbono 21,6. dependencia física alta. Al inicio los pacientes presentaban alterada su CVRS en todas las escalas. Respecto a los que dejaron de fumar, se observa mejora en todas las escalas, con valores clínicamente relevantes y estadísticamente significativos, cosa que no ocurrió con el resto que seguían fumando.

Conclusiones: los pacientes estudiados presentan alta carga tabáquica y dependencia física al tabaco. Dejar de fumar mejora la CVRS en los pacientes fumadores con EPOC previamente diagnosticada. Dicha mejora se evidencia con un cuestionario específico como es el SGRQ, mejorando en todas las subescalas en él valoradas.

Palabras clave: cesación tabáquica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, calidad de Vida, relacionada con la Salud, Saint George's Respiratory Questionnaire.

TOBACCO CESSATION IN SMOKERS WITH PREVIOUSLY DIAGNOSED CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ITS INFLUENCE ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Abstract:

Objective: To discover the clinical and tobacco-use characteristics of smokers with previously diagnosed chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to show the possible benefits in terms of health-related quality of life (HRQoL) resulting from smoking intervention in a specialized pulmonology unit.

Patients and methods: A prospective cohort study under real-life conditions, with 6 months of follow-up. Inclusion criteria: COPD diagnosis at least 6 months earlier, active smoker ≥ 5 cigarettes/day, motivated to give up smoking and clinically stable. Demographic, clinical and smoking data were collected. Intensive smoking intervention in a specialized pulmonology clinic over 6 months (8 visits). Individualized treatment. The HRQoL was evaluated using Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Results: 278 patients (58% male), average age of 62.2 years. Tobacco use: accumulated consumption of 58 pack-years, carbon monoxide 21.6, high physical dependency. At the start, patients showed altered HRQoL on all scales. With respect to those who stopped smoking, an improvement was seen on all scales, with clinically relevant and statistically significant values, which did not occur in the others who continued smoking.

Conclusions: The patients studied show a high tobacco load and physical dependency on tobacco. Giving up smoking improves HRQoL in smokers with previously diagnosed COPD. This improvement is proven with a specific questionnaire, the SGRQ, with improvement in each sub-scale evaluated.

Keywords: tobacco cessation, chronic obstructive pulmonary disease, health-related quality of life, Saint George's Respiratory Questionnaire.

Recibido: 30.05.2019. Aceptado: 08.04.2020

Dr. García Rueda

magarue@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco constituye el mayor problema de Salud Pública en Occidente, al ser la principal causa identificada de mortalidad y morbilidad evitables¹ y de fallecimiento prematuro², presentando cifras de alta prevalencia en Andalucía³.

El fumador vive menos años y lo hace en condiciones de salud peores⁴,

si bien, se conocen los beneficios a nivel de síntomas y de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)⁵ cuando este deja de fumar.

El tabaquismo causa casi el 90% de todos los casos de enfisema² y la mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es 14 veces más alta en fumadores⁶. Aun así, en torno al 40%⁷ de los pacientes con EPOC continúa fumando y presentan unas tasas de abandono más bajas (1,4 a 2,6%)^{8,9}.

En 2013 la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), publicó una normativa pionera sobre el tratamiento del tabaquismo en pacientes con EPOC¹, en la que, de forma novedosa, distinguía entre pacientes con EPOC de reciente diagnóstico, donde se indicaba un abordaje similar al de la población general fumadora, y aquellos que padecían una EPOC previamente diagnosticada, que presentaban unas características especiales y requerían un abordaje más complejo y especializado. En estos últimos, parece, a priori, que una unidad de neumología especializada en el tratamiento del tabaquismo puede constituir el entorno ideal para realizar dicha intervención y valorar los posibles beneficios en términos de CVRS resultantes de la misma.

OBJETIVO

Conocer las características clínicas y de tabaquismo de los pacientes fumadores con EPOC previamente diagnosticada y objetivar los posibles beneficios en términos de CVRS que proporciona la intervención en tabaquismo en una unidad especializada de neumología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional, longitudinal y prospectivo, en condiciones reales, de 6 meses de seguimiento.

Criterios de Inclusión y de Exclusión: se consideraron los siguientes criterios de inclusión: edad de más de 40 años, diagnóstico de EPOC de acuerdo con los criterios de la iniciativa GOLD¹⁰ establecido desde, al menos, seis meses antes de la inclusión en el estudio, y ser fumador/a de ≥ 5 cigarrillos/día que había expresado su motivación

para dejar de fumar. Criterios de exclusión considerados fueron el tratamiento con corticoides sistémicos u hospitalizaciones por exacerbaciones de la EPOC durante las 4 semanas anteriores a la inclusión en el estudio, estar inmerso en un programa de rehabilitación respiratoria actual o reciente (3 meses previos), ausencia de estabilidad en las condiciones de salud, abuso de alcohol o drogas (excepto nicotina) durante la semana anterior a la inclusión y cualquier situación que provocara imposibilidad de cumplir las condiciones del estudio.

Criterios de Valoración: se valoraron datos demográficos, clínicos y CVRS, así como específicos de tabaquismo. Las variables demográficas comprendían: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y familiar. Las clínicas comprendían las principales comorbilidades asociadas, presencia o no de exacerbaciones en el año previo, constantes vitales, biometría, espirometría, medición de biomarcadores (monóxido de carbono en aire exhalado) y escala MRC de disnea.

Respecto a las variables para la caracterización del tabaquismo, se consideraron las siguientes: edad de inicio del consumo de tabaco, tipo de consumo, número de cigarrillos consumidos a diario durante la última semana y durante el último año, índice de consumo acumulado de tabaco, test de la recompensa, número de intentos, máxima duración de abstinencia y tratamientos en intentos previos, ítems de tabaquismo pasivo, escalas de motivación y autoeficacia, test de Fagerström de dependencia y *Heaviness Smoking Index*.

La motivación y la autoeficacia (definida en nuestro estudio como la fuerza o creencia en la habilidad propia de la persona para poder completar una tarea o alcanzar un objetivo, en nuestro caso concreto, dejar de fumar) fueron obtenidas a través de una escala visual-analógica (EVA).

La valoración de la abstinencia se realizó mediante el uso de los 6 criterios para los estándares de Russell propuestos por West y colaboradores¹¹.

Para la medida de CVRS en nuestro estudio se decidió utilizar un cuestionario específico, el *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ)^{12, 13}, bien conocido y que cuenta en España con valores de referencia de la población general obtenidos dentro del proyecto IBERPOC¹⁴.

La información clínica fue obtenida a través de la declaración de los propios pacientes y el registro de su historia digital en salud DYRAYA.

El registro de las variables se realizó de acuerdo con lo descrito en un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD), en el cual, tanto el médico como

enfermería podían además añadir las anotaciones que considerara oportunas.

Intervención en tabaquismo: se realizó intervención sobre los pacientes fumadores con las características que esta tiene en condiciones habituales sobre este grupo específico de pacientes (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

Así, la intervención fue del tipo “intensa” o “avanzada individual”, de acuerdo con los protocolos propuestos por el Proceso Asistencial Integrado de Atención a las Personas Fumadoras del Servicio Andaluz de Salud¹⁵ y a la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre el tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹ por un neumólogo especialista en tabaquismo y enfermería formada en la intervención básica en tabaquismo y en el uso y empleo de las terapias respiratorias utilizadas por los pacientes con EPOC.

La intervención consistió en un total de 8 visitas, una visita basal y 7 visitas de seguimiento, teniendo lugar la última de ellas a los 6 meses tras el día elegido por el paciente para dejar de fumar (Día D)

En la visita basal se les suministró a los pacientes por escrito el número de teléfono del contestador de la unidad de tabaquismo, así como su email para permitir un contacto fluido y ágil ante cualquier eventualidad que así lo requiriera.

Tratamiento para dejar de fumar: de entrada, todos los pacientes fueron candidatos al tratamiento de elección en estos casos¹, que consistía en un tratamiento combinado, con un componente cognitivo-conductual (que incluía técnicas de autocontrol, afrontamiento y resolución de problemas), por un lado, y un componente farmacológico por otro.

El componente cognitivo-conductual incluía técnicas de autocontrol, afrontamiento y resolución de problemas.

En la elección del tratamiento farmacológico se utilizaron tratamientos de primera línea: vareniclina, tratamiento sustitutivo con parches de nicotina y bupropion. Para el control del deseo inmediato de fumar (craving) se indicó tratamiento con uno de los preparados nicotínicos de liberación rápida (spray bucal, chicles y comprimidos bucales)

Se consideró como recomendable el mantenimiento del tratamiento farmacológico entre, al menos, 8-12 semanas tras el día D, que era suspendido tras ese periodo si se consideraba indicado. La elección del tratamiento farmacológico utilizado para dejar de fumar se determinó en base a las preferencias del paciente, la elección

por parte del médico de acuerdo con las guías de tratamiento actuales basadas en el mayor grado de evidencia científica disponible y las comorbilidades y otros tratamientos concomitantes^{1, 16, 17}, todo ello supeditado a la disponibilidad económica del paciente, puesto que, en el momento actual, el tratamiento farmacológico para dejar de fumar no se encuentra financiado por el Sistema Nacional de Salud en nuestro país.

Análisis estadístico: la información procedente de la historia de salud y de los datos obtenidos en la entrevista clínica registrados en el cuaderno de recogida de datos se introdujo en soporte informático para su posterior examen y depuración; una vez verificados los datos se procedió al análisis estadístico mediante el software IBM SPSS Statistics versión 23.0 para Macintosh (IBM Corporation, Armonk, NY, EE.UU), licenciado para el investigador principal del estudio.

En el análisis descriptivo de las variables cualitativas se analizó la frecuencia y la proporción; para las variables cuantitativas, la media, la desviación estándar (DE) y el intervalo de confianza al 95%.

En la estadística inferencial se utilizó para la valoración de diferencias entre las distintas escalas del SGRQ al inicio del estudio y a los 6 meses, se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Las comparaciones se realizaron con una significación estadística (error alfa bilateral) de 0,05.

El coeficiente de correlación lineal de Pearson se usó para valorar la correlación y su magnitud existente entre los valores de las escalas del SGRQ obtenidas en la visita basal y las obtenidas a los seis meses.

Aspectos éticos y confidencialidad de los datos: el estudio se realizó de acuerdo con los principios de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y la Declaración de Helsinki¹⁸ y contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Provincial de Málaga con fecha 28 de Noviembre de 2014.

El equipo investigador aseguró el anonimato de los sujetos participantes. Los participantes no podrían ser identificados en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) ni en cualquier otro documento y la identificación se realizó siempre por código. Los documentos se mantuvieron en condiciones de estricta confidencialidad por parte de los investigadores.

Todas las bases de datos generadas se trataron de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre protección datos (BOE nº 298, de 14-12-1999, pp. 43.088-43.099) El anonimato de los datos fue además preservado, disociándolo

en las bases de datos a fin de imposibilitar la identificación.

RESULTADOS

Características generales de la población a estudio: el total de pacientes que iniciaron el estudio fue de 278, de los cuales el 58,63% fueron hombres y el 41,36% mujeres. La edad media de los pacientes analizados fue de 62,2 años, presentando un perfil de nivel de estudios medio-bajo, en gran parte pertenecientes a clases pasivas y que realizaban vida en pareja mayoritariamente, sobre todo los hombres (diferencia estadísticamente significativa respecto a las mujeres).

Comorbilidades: la existencia de comorbilidades puede modular la propia EPOC, su evolución y pronóstico. La figura 1 describe las comorbilidades más prevalentes en la serie estudiada. Las patologías cardiovasculares ocupaban un lugar destacado (lideradas por la hipertensión arterial). El otro gran grupo de importancia era el constituido por las enfermedades psiquiátricas, fundamentalmente los, la depresión y la ansiedad.

Clasificación de los pacientes según la limitación al flujo aéreo: la caracterización de la severidad de la EPOC se realizó a través de la clasificación de los pacientes según su alteración espirométrica por la *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD)¹⁰, así, el más representado en nuestra serie fue el trastorno obstructivo de severa intensidad, que poseían aproximadamente el 35% de los pacientes. La figura 2 resume la distribución de los casos según esta clasificación.

Caracterización del tabaquismo de los pacientes: la edad media de los pacientes en este estudio superaba la sexta década de la vida, presentando una edad de inicio en el consumo regular de tabaco en torno a los 15 años, siendo este inicio más precoz en los hombres (13,68 vs 17,36 años, $p < 0,05$) De media, en el momento en que iban a realizar el intento de deshabituación, fumaban un paquete de tabaco al día, y presentaban un índice acumulado de consumo elevado (58 paquetes-año), habiendo realizado algo más de dos intentos serios previos para dejar de fumar.

Las escalas visuales-analógicas de motivación y autoeficacia presentaban valores “en espejo”, con cifras de motivación medias altas y cifras de autoeficacia medias-bajas.

El grado medio de dependencia física de la nicotina que se estimó por el Test de Fagerström Modificado mostraba valores medios de 6,28 (DE = 2,204), situando esta en el rango medio-alto.

Hay que destacar que más del 84% de los pacientes en nuestro estudio consumían su primer cigarrillo del día en los primeros 30 minutos tras despertarse. La tabla 1 expone los datos más relevantes.

Tipo de consumo: a pesar de que la inmensa mayoría de pacientes consumían cigarrillos convencionales, casi el 18% de ellos había tenido contacto o había usado el cigarrillo electrónico. El porcentaje de pacientes que consumía tabaco de liar era bajo (8%), no así el porcentaje de los que lo habían probado alguna vez (46%)

Tratamiento utilizado en intentos previos de cesación: es destacable que más de la mitad de los pacientes no había utilizado tratamientos para dejar de fumar (51,4% del total), y, si tenemos en cuenta sólo el uso de tratamiento farmacológico de eficacia probada (TFEP), el porcentaje de los que no lo habían usado ascendía al 66,9%.

Además, el cigarrillo electrónico era más conocido y usado que el TFEP. Mas aun, el número de pacientes que refería haber realizado tanto tratamiento psicológico como farmacológico (lo cual no implicaba el uso concomitante de ambos, es decir, tratamiento combinado) no llegaba al 13%.

Dentro del grupo de pacientes que había utilizado tratamientos en intentos previos, las mujeres presentaban una tendencia mayor a la utilización de parches de nicotina y tratamiento psicológico ($p < 0,05$)

Tratamiento farmacológico utilizado para dejar de fumar: la tabla 2 resume los tratamientos farmacológicos utilizados en el presente estudio y el porcentaje de abstinencia. Hay que señalar que más de la mitad de los pacientes cuando fueron preguntados durante la visita basal refirió una limitación presupuestaria a la hora de hacerse cargo de los costes de la medicación. En nuestro estudio el mayor grado de abstinencia se consiguió con vareniclina superando el 61%. Los pacientes que recibieron sólo apoyo psicológico apenas obtuvieron un 11% de abstinencia. Un 12,94% de pacientes no completaron el estudio ($n = 36$)

Calidad de Vida Relacionada con la Salud: *Saint George's Respiratory Questionnaire*: al inicio del estudio los pacientes fumadores presentaban alterada su CVRS en todas las escalas, siendo esto más evidente en las escalas de síntomas y actividad (los valores medios de SGRQ basales se presentan en la tabla 3)

Se comprobó una buena correlación, positiva y fuerte, entre los valores de todas las escalas obtenidas en la visita basal y las obtenidas a los seis meses, tanto en los que continuaban como

fumadores, como en los que habían conseguido la abstinencia.

Respecto a los pacientes que dejaron de fumar, se observó una mejora en CVRS que se extendía a todas las escalas del cuestionario, con valores clínicamente relevantes y estadísticamente significativos (ver tabla 4) Sin embargo, en el grupo de los pacientes que siguieron fumando no se observaron diferencias significativas.

Figura 1

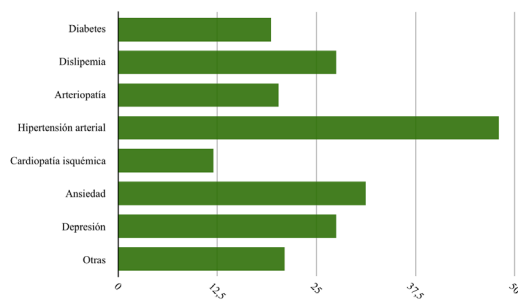


Figura 2

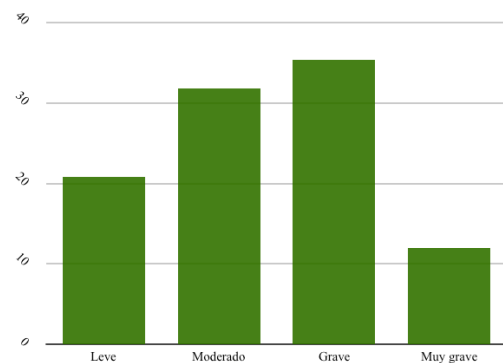


Tabla 1. Principales características en relación con el tabaquismo de los pacientes.

Caracterización Tabaquismo	Media	DE
Edad paciente (años)	62,28	6,9
Edad de inicio en el consumo de tabaco	14,92	6,4
Número medio de cigarrillos fumados al día en la última semana	18,2	12,46
CO en aire exhalado basal*	21,60	16
Índice de consumo acumulado**	58,46	40,07
Número de intentos previos de dejar de fumar	2,44	4,62
Duración del máximo número de días que ha estado sin fumar en un intento	60,01	166,34
Motivación***	6,92	2,65
Autoeficacia***	4,86	3,04
Test de Fagerström Modificado: Puntuación Total	6,28	2,2

* CO exhalado en partes por millón presentado el día de la primera visita (basal)

** Expresado en paquetes-año (obtenido multiplicando la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente por el número de años que se lleva fumando esa cantidad y dividiendo el resultado entre los 20 cigarrillos que contiene un paquete)

*** Escala Analógico-Visual con valores que van desde 0 (valor mínimo) a 10 (valor máximo)

Tabla 2 Tratamiento farmacológico utilizado en el presente estudio por número de pacientes, porcentaje y abstinencia a los 6 meses.

Tratamiento utilizado	n	Pacientes (%)	Abstinencia a los 6 meses (%)*
Sin tratamiento farmacológico	18	7,4	11,1
Parches	38	15,7	39,4
Bupropion	73	30,1	39,7
Vareniclina	93	38,4	61,2
TSN de acción rápida**	104	42,9	24,1
Chicles de nicotina de 2mg	33	13,6	-
Chicles de nicotina de 4mg	22	9,1	-
Comprimidos de nicotina 1mg	9	3,7	-
Spray bucal de nicotina 1mg	40	16,5	-

* Los datos de abstinencia se refieren a los casos en los cuales dicho tratamiento era el único prescrito. Se exponen los resultados de los pacientes que completaron la visita final del estudio (n=242)

** Comprende el tratamiento sustitutivo con nicotina a modo de chicles, comprimidos e inhalador bucal de nicotina utilizados por los pacientes en el estudio.

Tabla 3. Valores del cuestionario Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) basales

	Escala	Mínimo	Máximo	Media	DE
BASAL (n = 278)	Síntomas	0,0	91,2	47,29	24,62
	Actividad	0,0	100,0	53,04	27,20
	Impacto	0,0	85,2	35,24	22,17
	Total	1,7	88,9	38,81	23,42

Tabla 4. Valores del cuestionario de Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) por escalas, comparativa basal y 6 meses.

SGRQ basal vs 6m	Subescalas	Media	DE	valor p (*)	
No fumador (abstinencia)	Síntomas	basal	50,04	22,30	0,016
		6 meses	42,82	20,62	
	Actividad	basal	54,91	26,71	0,023
		6 meses	49,36	24,82	
	Impacto	basal	37,22	20,52	0,001
		6 meses	30,16	20,52	
	Total	basal	44,62	21,36	0,000
		6 meses	36,98	21,36	
Fumador (no abstinencia)	Síntomas	basal	45,52	22,92	0,702
		6 meses	43,87	21,56	
	Actividad	basal	52,72	29,10	0,369
		6 meses	51,33	27,92	
	Impacto	basal	33,62	24,83	0,784
		6 meses	35,54	23,45	
	Total	basal	43,81	22,94	0,682
		6 meses	41,56	23,73	

* T-Student para muestras relacionadas

DISCUSIÓN

Fortalezas y debilidades: una de las limitaciones principales del estudio puede venir determinada por el periodo de seguimiento que puede resultar algo escaso (24 semanas), sobre todo, teniendo en cuenta la posible influencia en un cambio estacional concurrente no esperado. Esto es especialmente relevante en relación, por ejemplo, a las exacerbaciones, que son mucho más frecuentes en esta enfermedad en los meses que presentan temperaturas más bajas. El periodo de inclusión especialmente prolongado utilizado en nuestro trabajo ha tenido como objetivo, entre otros, el de minimizar esta influencia. Además, a priori, un seguimiento de seis meses podría resultar insuficiente para detectar cambios en la CVRS de los pacientes, en nuestro trabajo, no ha sido así, al menos en aquellos que dejaron de fumar. Hay que tener en cuenta también que las pérdidas durante el seguimiento, aunque habituales en este tipo de estudios, han podido influir en los resultados hallados.

Otra de las limitaciones posibles en nuestro estudio hace referencia al diseño del protocolo, porque podía dar lugar a sesgos en el recuerdo de los pacientes (por ejemplo, en las agudizaciones del año previo o en la identificación de deslices), porque se pedía a los pacientes recordar información con carácter retrospectivo.

Llama la atención que, en comparación con la prevalencia que presenta en la población general y la amplia representación que suele tener en estudios de este tipo, el trastorno ventilatorio obstructivo leve se encuentre algo menos representado en la muestra de nuestro estudio, ello puede ser debido a que, al constituir el lugar de estudio una unidad especializada de tabaquismo hospitalaria, a ella son referidos pacientes provenientes de consultas de especialistas de nuestro centro, que suelen aglutinar perfiles clínicos de pacientes de mayor comorbilidad y afectación funcional en comparación a los atendidos en una consulta general de atención primaria, donde mayoritariamente son diagnosticados y tratados pacientes de estadios leve y moderado. Los pacientes en nuestra serie han presentado una carga tabáquica alta y durante muchos años, que puede ayudar a explicar la gravedad de la enfermedad en ellos¹⁹.

Otra de las limitaciones de nuestro estudio que puede dificultar la comparación de resultados con otros lo constituye el hecho de la caracterización de la abstinencia. Aunque hemos utilizado los criterios clásicamente aceptados, esta definición de abstinencia es distinta a la utilizada por otros

trabajos (tasa de abstinencia continua, CAR) y por ello, debe de ser tenido en cuenta a la hora de la interpretación de los resultados. Se han utilizado biomarcadores (monóxido de carbono en aire exhalado) para determinar, junto con el auto reporte del paciente, la situación de abstinencia con las ventajas e inconvenientes que acarrea su uso en la determinación de status de fumador en EPOC, ante la imposibilidad de emplear otras técnicas (por ejemplo la detección de metabolitos derivados de la nicotina en líquidos corporales, que proporcionan un umbral de detección más específico y prolongado), ya que, desafortunadamente, tales técnicas no se encuentran disponibles de forma rutinaria en nuestra institución y el equipo investigador carecía de presupuesto para poder implementarla en el estudio.

Una fortaleza relevante de nuestro estudio reside, a nuestro entender, en que se trata del abordaje de fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) previamente diagnosticada, es decir, fumadores que tienen unas características especiales, en los que la intervención resulta fundamental tanto, desde el punto de vista farmacológico, como psicológico, haciendo énfasis en aspectos tales como eficacia, motivación, estructurando toda la deshabituación tabáquica con un nivel de personalización importante. Es el primer estudio que conozcamos que ofrece resultados implementando la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica sobre el tratamiento de los pacientes fumadores con EPOC. Asimismo, es el primer estudio realizado con tales características en nuestro entorno.

Otra de las fortalezas de nuestro estudio, quizás la más importante, es que se realiza en condiciones reales, así, la actuación con los pacientes en consulta no diferiría de la habitual. Como contrapartida a esto, el no poder ofrecer el tratamiento farmacológico para dejar de fumar de forma gratuita a los pacientes, tuvo como consecuencia una limitación en el número y tipo de indicaciones del tratamiento farmacológico.

Resultados del estudio: la CVRS medida a través del SGRQ se encontraba severamente afectada en cada una de sus escalas en los pacientes que constituían nuestra muestra con relación a la población general sana¹⁴, especialmente en la de impacto (35,24 vs 2,369) lo cual traduce la afectación que sufren a distintos niveles de su vida personal y social.

Si comparamos con otras poblaciones de pacientes EPOC descritas en la literatura, el resultado no es uniforme. Por un lado, aparece

algún estudio donde la alteración producida en la CVRS es menor¹⁴ y algún otro que presenta hallazgos opuestos en ese sentido²⁰. Aunque, en general, el grado funcional de los pacientes y la mayoría de no fumadores en la muestra, nos permiten comprender las diferencias encontradas entre los distintos trabajos. Por lo demás, hay que añadir que los resultados de nuestro estudio no son muy diferentes a otros realizados en nuestro país¹³ o fuera de él²¹.

Nuestro trabajo encontró diferencias significativas y clínicamente relevantes en todas las escalas estudiadas en los pacientes que habían dejado de fumar. Las mejoras habían sido notables en las escalas de síntomas e impacto, a este nivel, hay que hacer notar, que quizás las ganancias podrían haber sido superiores, si tenemos en cuenta que un buen número de fumadores atraviesan un periodo transitorio de hipersecreción mucosa, con aumento de la tos y la producción de esputo cuando dejan de fumar, al reactivarse e incrementarse el aclaramiento ciliar como consecuencia de la no inhalación del humo de tabaco que conlleva la situación de abstinencia y esto, lógicamente, puntuaría más alto en algunos ítems del cuestionario, como evidencia otro estudio de un año de seguimiento²².

La escala de actividad es la que presenta el aumento más discreto, aunque sigue siendo clínicamente relevante, probablemente porque el grado de limitación en la realización de actividades en la EPOC, que traduce en parte el nivel de disnea y obstrucción al flujo aéreo²³, presente un escaso margen de mejora por las características propias que definen a la enfermedad. Aun así, los mecanismos por los que dejar de fumar puede mejorar la CVRS pueden ser muchos y variados²⁴.

En los pacientes que continuaron fumando no se observó diferencia clínica durante el periodo de seguimiento, esta observación parece consecuente con lo publicado en la literatura²², ya que, aunque esta enfermedad, si se continúa fumando, presenta un deterioro progresivo, quizás el espacio temporal de seis meses puede resultar corto para que se traduzca en un cambio evidenciable por el test, que, en todo caso, ha mostrado una buena correlación con parámetros de gravedad y pronóstico de la enfermedad como el índice BODE²⁵.

Los pacientes que continúan fumando también sufren la influencia de las exacerbaciones intercurrentes, aunque estos hallazgos no han alcanzado el grado de significación estadística deseado.

En general los resultados en deshabituación tabáquica de nuestra aproximación son muy

positivos. En nuestro trabajo se alcanzan altas cifras de abstinencia. Si bien es cierto que otros estudios presentan cifras inferiores, es especialmente relevante advertir que la definición de abstinencia como outcome es distinta en cada uno de ellos^{26, 27}. En todo caso, en el tratamiento del tabaquismo como enfermedad crónica, recidivante y de carácter adictivo que es, las intervenciones que proporcionen cifras de abstinencia por encima del 5 - 10% pueden ya ser consideradas efectivas²⁸.

Para los autores es importante el hecho de que, mas de la mitad de los pacientes presentaban una limitación económica para financiarse la medicación, lo cual, sin lugar a duda, indujo, en un número significativo de casos, indicaciones de tratamientos de menor efectividad teórica, pero mas económicos. Este hecho, a su vez, puede condicionar cifras de abstinencia distintas para cada tratamiento, siendo importante, por ejemplo, en el caso de bupropion que pudo ser indicado en el tratamiento cuando el paciente estaba diagnosticado de depresión (ya que en tales circunstancias puede ser prescrito para tratar su enfermedad de base con financiación del importe por parte del Sistema andaluz de Salud). Este hecho hace, a nuestro juicio, que resulte inapropiado el comparar de forma directa la distinta efectividad de los tratamientos utilizados en el estudio. Además, algunas alternativas terapéuticas fueron prescritas en un número reducido de pacientes, lo cual dificulta aún más dicha comparación.

Teniendo en cuenta lo anterior, dentro de los tratamientos farmacológicos, vareniclina resultó más efectivo, consiguiendo un 61,2% de abstinencia al final del estudio, puesto que constituye una muy buena alternativa para dejar de fumar en estudios de población general, cifra similar, aunque más baja, a la presentada en otros estudios de deshabituación en EPOC en nuestro país²⁹ e incluso mejorando los resultados de otros^{26, 27}, aunque siempre hay que tener en cuenta las diferencias metodológicas entre los distintos estudios, especialmente en lo que se refiere a la definición de la abstinencia y a la consideración de las pérdidas en el seguimiento.

Otro hallazgo relevante lo constituye el hecho de que los pacientes que recibieron sólo apoyo psicológico apenas obtuvieron un 11,1% de abstinencia, lo que, según nuestro punto de vista, pone en evidencia dos cosas. En primer lugar, que el tratamiento farmacológico, de entrada, debe ser obligado a la hora de iniciar la deshabituación en estos pacientes (porque la utilización de este tipo de tratamiento en EPOC es una recomendación consistente con una calidad de evidencia alta)¹, y en

segundo lugar, que parece razonable que, en estas unidades especializadas de tabaquismo se integren profesionales especialmente formados (psicólogos) capaces de proporcionar el tratamiento psicológico adecuado y así optimizar las posibilidades de éxito de la intervención³⁰.

CONCLUSIONES

Los pacientes fumadores con EPOC previamente diagnosticada según los criterios establecidos en la normativa SEPAR presentan una alta carga tabáquica y dependencia física al tabaco, habiendo utilizado en pocas ocasiones tratamiento farmacológico de eficacia para la deshabitación, jugando a este nivel un papel importante la limitación económica para su adquisición.

Dejar de fumar mejora la CVRS en los pacientes fumadores con EPOC previamente diagnosticada. Dicha mejora es objetivable a través de un cuestionario de calidad de vida específico (SGRQ), mejorando en todas las subescalas valoradas por el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza et al. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Vol. 49, Archivos de bronconeumología. 2013. pp. 354–63.
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26; 328 (7.455): 1.519–0.
3. Sánchez Cruz JJ, García Fernández L, Mayoral Cortes JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012 [Internet]. Consejería de Igualdad SYPS, editor. 2013 [cited 2015 Sep 22]. pp. 1–347. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf.
4. Brønnum-Hansen H, Juul K. Abstention from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tobacco Control*. 2001 Sep;10(3):273–8.
5. Tillmann M, Silcock J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med*. 1997 Sep; 19(3): 268–73.
6. Peto R, Boreham J, Lopez AD. Mortality from smoking in developed countries. Oxford University Press; 1996.
7. Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T et al. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2011 Mar 24; 364(12): 1.093–103.
8. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax*. BMJ Publishing Group Ltd and British Thoracic Society; 2010 Aug; 65(8): 711–8.
9. Jiménez Ruiz CA, Buljubasich D, Riesco Miranda JA et al. Preguntas y respuestas relacionadas con tabaquismo en pacientes con EPOC. Aplicación de metodología con formato PICO. *ArchBronconeumol*. 2017 Nov; 53(11): 622–8.
10. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2013 Feb 15; 187(4): 347–65.
11. West R, Hajek P, Stead L et al. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. Wiley Online Library; 2005; 100(3): 299–303.
12. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM et al. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am Rev Respir Dis*. 1992 Jun;145(6): 1.321–7.
13. Ferrer M, Alonso J, Prieto L et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory

- Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *European Respiratory Journal*. European Respiratory Society; 1996 Jun; 9(6): 1.160–6.
14. Ferrer M, Villasante C, Alonso J et al. Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire. *European Respiratory Journal*. 2002 Mar 1; 19(3): 405–13.
 15. Asencio J, Mesa P, Castro-Barea J et al. Atención a las personas fumadoras: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud Junta de Andalucía, editor. Sevilla; 2008.
 16. Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011 Sep 29; 365(13): 1.222–31.
 17. Rigotti NA. Smoking cessation in patients with respiratory disease: existing treatments and future directions. *The Lancet Respiratory Medicine*. Elsevier; 2013;1(3): 241–50.
 18. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 1964. Descargado de: <http://www.wma.net>
 19. Bhatt SP, Kim Y-I, Harrington KF et al. Smoking duration alone provides stronger risk estimates of chronic obstructive pulmonary disease than pack-years. *Thorax*. 2018 May; 73(5): 414–21.
 20. Harper R, Brazier JE, Waterhouse JC et al. Comparison of outcome measures for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in an outpatient setting. *Thorax*. 1997 Oct; 52(10): 879–87.
 21. Tashkin DP, Celli B, Senn S et al. A 4-Year Trial of Tiotropium in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2008 Oct 9; 359(15): 1.543–54.
 22. Tonnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *CHEST Journal*. 2006 Aug; 130(2): 334–42.
 23. Lange P, Celli B, Agusti A et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2015 Jul 8; 373(2): 111–22.
 24. Zhang M-Q, Wan Y, Jin Y et al. Cigarette Smoking Promotes Inflammation in Patients with COPD by Affecting the Polarization and Survival of Th/Tregs through Up-Regulation of Muscarinic Receptor 3 and 5 Expression. Chung Y, editor. *PLoS ONE*. 2014 Nov 6; 9(11): e112350–18.
 25. Nonato NL, Díaz O, Nascimento OA et al. Comportamiento de la calidad de vida (SGRQ) en pacientes con EPOC según las puntuaciones BODE. *ArchBronconeumol* [Internet]. 2015 Jul; 51(7): 315–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.017>
 26. Tashkin DP, Tashkin DP. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *SeminRespirCritCareMed*. 2015 Aug; 36(4): 491–507.
 27. Jiménez Ruiz CA, Garcia M, Martínez Muñoz MA et al. Varenicline in smokers with severe or very severe COPD after 24 weeks of treatment. A descriptive analysis: VALUE study. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2017 Dec 19; 87(3): 874.
 28. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004 Jan; 99(1): 29–38.
 29. Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A et al. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res*. 2012 Sep; 14(9): 1.035–9.
 30. García M, Rojas Villegas J, Soto Campos JG et al. Tabaquismo. Terapia farmacológica e intervención psicológica. En: *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA*

EN NEUMOLOGÍA, 3 ed. Descargado desde: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/33-TABAQUISMO-Neumologia-3_ed.pdf