



Trabajo Original

Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE

Diagnosis and treatment of smoking in patients with chronic obstructive pulmonary disease. ADEPOCLE study

Ana Beatriz de Abajo Larriba¹, Ángel Díaz Rodríguez², Javier González-Gallego³, Enrique Méndez Rodríguez², María Jesús Álvarez Álvarez², Jessica Capón Álvarez², Beatriz Peleteiro Cobo², Omar Mahmoud Atoui², Serafín de Abajo Olea⁴ y Juan Martínez de Mandojana Hernández²

¹Servicio de Anestesia. Complejo Asistencia Universitario de León. León. ²Centro de Salud de Bembibre. León. ³Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León. ⁴Centro de Salud San Andrés de Rabanedo. León

Resumen

Introducción y objetivos: El tabaco es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia del tabaquismo y analizar cómo se diagnostican y se trata a los fumadores diagnosticados de EPOC.

Métodos: estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico (30 centros salud de la provincia de León). Incluyó pacientes mayores de 35 años diagnosticados y tratados de EPOC. Variables analizadas: edad, sexo, hábitat, datos antropométricos, tabaquismo, número de paquetes/año, cooximetría, dependencia (escala analógico-visual), motivación (test de Fagerström), autoeficacia, estado anímico, intentos previos, terapia cognitivo-conductual, tratamiento farmacológico (TSN, bupropión, vareniclina) y recaídas. Los resultados se expresan con sus IC al 95,5%.

Resultados: se incluyó a 833 pacientes, el 85,8% varones, edad media: 64,69 (53,66-75,61) años y 20,65 (4,47-36,8) años de evolución de la EPOC. El 86,67% (80,30-93,30) tenían antecedentes de tabaquismo (n = 722), de 35,26 (17,87-52,64) años de evolución, con consumo medio 28,36 (9,60-46,86) paquetes año, p < 0,001, siendo el 58% fumadores severos. El 57,4% (53,90-60,60) son exfumadores. El 29,3% (26,40-32,70) fumadores activos declarados vs. 35,11% (33,90-37,12) fumadores diagnosticados por cooximetría p < 0,05. Los 288 fumadores activos, presentaban baja motivación (49,80%), alta dependencia (49,5%), actitud negativa (52,60%), bajo estado de ánimo (32,05%), con 2,72 (1,74-3,67) intentos para dejar de fumar, p < 0,0001. La terapia conductivo-conductual (TCC) combinado con tratamiento farmacológico se realizó en el 55,8% (52,2-54,9), p < 0,05; La intervención más efectiva fue TCC combinada con vareniclina logrando una abstinencia del 29,86%. En total dejaron de fumar un 51,05% (49,49-52,70) de los pacientes con EPOC, p < 0,001.

Conclusiones: la prevalencia de tabaquismo en la EPOC en nuestro medio continúa siendo inadmisiblemente elevada. Es necesaria una mayor implicación para disminuir su impacto en la salud de estos pacientes.

Abstract

Background and objectives: Smoking is the main cause of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The objective of this study is to estimate the prevalence of smoking and analyze how the COPD smokers are diagnosed and treated.

Methods: Multicenter, epidemiological, transversal study (30 health centers in the province of Leon, Spain). It included patients over 35 years old diagnosed and treated for COPD. The analyzed variables are: age, sex, habitat, anthropometric data, smoking, pack-years cooximetry, dependence (analog-visual scale), motivation (Fagerström test), self-efficacy, mood, previous attempts, cognitive behavioral therapy, pharmacotherapy (NRT, bupropion, varenicline) and relapses. Results are expressed with CI 95.5%.

Results: 833 patients were included. 85.8% males; mean age: 64.69 (53.66-75.61) years and 20.65 (4.47-36.8) years of COPD evolution. The 86.67% (80.30-93.30) had previous history of tabaquism (n = 722) with 35.26 (17.87-52.64) years of evolution and an average consumption of 28.36 (9.60-46.86) packs per year p < 0.001, 58% being heavy smokers. 57.4% (53.90-60.60) are former smokers. 29.3% (26.40-32.70) Smoking declared assets vs. 35.11% (33.90-37.12) smokers diagnosed by cooximetry p < 0.05. 288 active smokers had low motivation (49.80%), high dependence (49.5%), negative attitude (52.60%), low mood (32.05%), with 2.72 (1.74-3.67) attempts to quit smoking, p < 0.0001. The conductive-behavioral therapy (CBT) combined with drug treatment was performed in 55.8% (52.2 to 54.9), p < 0.05; the most effective intervention was CBT combined with varenicline achieving an abstinence of 29.86%. A total of 51.05% (49.49 to 52.70) out of the patients with COPD stopped smoking, p < 0.001.

Conclusions: The prevalence of smoking in COPD in our environment remains unacceptably high. Greater involvement is required to reduce its impact on the health of these patients.

Palabras clave:

EPOC. Tabaco.
Motivación.
Dependencia. Terapia cognitivo-conductual.
Terapia sustituta de nicotina. Bupropion. Vareniclina.

Key words:

COPD. Smoking.
Motivation.
Dependence.
Cognitive behavioral therapy. Nicotine replacement therapy. Bupropion. Varenicline.

Recibido: 28/10/2015
Aceptado: 18/11/2015

De Abajo Larriba AB, Díaz Rodríguez Á, González-Gallego J, Méndez Rodríguez E, Álvarez Álvarez MJ, Capón Álvarez J, Peleteiro Cobo B, Mahmoud Atoui O, de Abajo Olea S, Martínez de Mandojana Hernández J. Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE. Nutr Hosp 2016;33:954-961

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.398>

Correspondencia:

Ángel Díaz Rodríguez. Centro de Salud de Bembibre.
Calle Carvajal, 1. 24300 Bembibre, León
e-mail: med015917@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es la principal causa de EPOC. Alrededor del 85-90% de los casos de esta enfermedad son debidos al consumo del tabaco (1-3); también se observa que la prevalencia de la enfermedad en distintos países está relacionada con el consumo de tabaco de su población y con la edad de inicio del hábito (4). Se calcula que entre un 15 y un 20% de los fumadores pueden desarrollar EPOC a lo largo de toda su vida. Aunque no se sabe la causa de esta mayor susceptibilidad al tabaco de los pacientes con EPOC, se piensa que puede existir una mayor predisposición genética. El tabaco influye de forma determinante en el deterioro de la función pulmonar y se produce un descenso más acusado entre los fumadores susceptibles (100 ml/año) que entre los no fumadores o los fumadores no susceptibles (25 ml/año).

En los estudios de mortalidad por EPOC, se ha comprobado que esta es 14 veces mayor en los fumadores de cigarrillos que en los no fumadores, y 6 veces superior en los fumadores de pipa y puros. El abandono definitivo del consumo de tabaco en personas con EPOC es la principal medida terapéutica, para modificar el curso clínico de la enfermedad y es la única que permite lograr una ralentización del declive del FEV1 (5). A pesar de esto, muchos pacientes con EPOC siguen fumando. Múltiples autores han demostrado que casi el 30-70% de las personas con EPOC leve seguían fumando y la mayoría ni se planteaban dejar de fumar (6-8).

Recientemente se han publicado las recomendaciones SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) del tratamiento del tabaquismo en fumadores con EPOC (9). Esta nueva normativa aporta la originalidad de un nuevo enfoque diagnóstico y terapéutico, según se trate de pacientes con diagnóstico reciente de su EPOC o de enfermos que están diagnosticados desde hace tiempo.

La determinación del grado de tabaquismo, la valoración de la motivación, la determinación del grado de dependencia y el estudio de los intentos previos son actividades obligadas para diagnosticar a fumadores con EPOC de reciente diagnóstico. El diagnóstico de los fumadores con EPOC previa, requiere, además, de la valoración de la autoeficacia y del estado de ánimo. El tratamiento del tabaquismo en estos fumadores es obligado y consiste en la combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) (10,11) y tratamiento farmacológico (12-16).

METODOLOGÍA

El estudio ADEPOCLE es un estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, no controlado en el ámbito de la atención primaria, en el que han participado 30 centros de salud de la provincia de León.

SUJETOS A ESTUDIO

Se incluyeron pacientes ambulatorios mayores de 35 años diagnosticados y tratados de EPOC siguiendo la práctica clínica

habitual. La recogida de datos se realizó en un año, de noviembre de 2013 a noviembre de 2014. El análisis estadístico se realizó durante el primer semestre de 2015. En el estudio se incluyeron un total de 833 pacientes de ambos sexos, mayores de 35 años, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se seleccionaron mediante un muestreo sistemático con arranque aleatorio a los pacientes con número par que acudieron a la consulta de modo consecutivo y que cumplían los criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores de 35 años, con EPOC que tuvieran realizada espirometría con un índice FEV1/FVC posbroncodilatador < 0,7%, diagnosticados y tratados de EPOC y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyó del estudio a los pacientes diagnosticados de EPOC que no tenían realizada una espirometría posbroncodilatadora, a los no tratados y a los pacientes con EPOC correctamente diagnosticados y tratados que no quisieron participar en el estudio.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia del hábito tabáquico y analizar cómo se realiza el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes fumadores en los pacientes diagnosticados de EPOC en la provincia de León.

VARIABLES A ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, hábitat (rural, urbano), datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal) y antecedentes personales de tabaquismo.

En los pacientes con antecedentes de tabaquismo y/o fumadores activos con EPOC se realizó una valoración del consumo de cigarrillos, se calculó el índice acumulado de tabaquismo mediante el número de paquetes año y se registró en la historia clínica, si no lo tenía previamente realizado para valorar el porcentaje de pacientes con EPOC que continúan fumando, se realizó el diagnóstico de tabaquismo en EPOC previamente diagnosticada.

En el caso de los fumadores y exfumadores con EPOC se les registró la intervención antitabáquica que habían recibido, recogiendo los siguientes aspectos: identificación del consumo de tabaco (número de paquetes/año); cooximetría (a todos los pacientes, fumadores, no fumadores y exfumadores para confirmar si continúan fumando o no y observar el grado de concordancia de lo que declaran sobre el consumo de tabaco y el consumo real que realizan), se recoge el valor numérico de 1-10 ppm; análisis del grado de dependencia física por la nicotina: Test de Fagerström; análisis del grado de motivación para dejar de fumar: escala analógica-visual, y análisis de autoeficacia. Valoración del estado de ánimo. Análisis de intentos previos de abandono del tabaco: número. Tratamiento para dejar de fumar en función del grado de motivación y la dependencia: terapia cognitivo-conductual, terapia sustituta de nicotina (TSN), bupropión, vareniclina o combinación de ambos; finalmente, se analizó el

número de pacientes que necesitaron una intervención especializada, realizada en unidades especializadas de tabaquismo, que combinan el tratamiento psicológico con el farmacológico; estas unidades están integradas por personal sanitario con una formación específica y atienden a pacientes derivados del nivel anterior. A los pacientes fumadores que hayan intentado dejar de fumar se les registraron el número de recaídas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el conjunto del total de la muestra en estudio, tras depurar la base de datos de posibles errores, se realizarán las pruebas de estadística descriptiva. Las variables con distribución continua se resumirán mediante medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar y amplitud). Las distribuciones de variables discretas se resumirán mediante tablas de frecuencias.

Las proporciones se estimarán por intervalo de confianza del 95%, utilizando la aproximación normal o el método exacto de Wilson cuando las prevalencias sean muy extremas y los efectivos disponibles escasos. Para la comparación entre grupos se realizarán de la siguiente manera: las variables categóricas se analizarán mediante tablas de contingencias y aplicación de pruebas de Chi-cuadrado para diferenciar entre proporciones. Para las variables cuantitativas se utilizarán pruebas paramétricas o pruebas no paramétricas según la naturaleza de las variables. Para la comparación de medias tras la comprobación de normalidad con el Test de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó la T de Student si la distribución es normal o el Test de Mann-Whitney cuando la distribución no es normal o el tamaño de la muestra es muy pequeño. La comparación múltiple de medias se realizó por medio de ANOVA o el Test de Kruskal- Wallis como prueba no paramétrica. El nivel de significación estadística mínimo se fijó en todos los casos como $p < 0,05$. Los resultados se expresan con sus IC al 95,5%.

RESULTADOS

En total se incluyeron en el estudio un total de 833 pacientes con EPOC que firmaron el consentimiento informado y cumplieron los criterios de inclusión. Las características de distribución de sexo, edad y hábitat se describen en la tabla I; existe un predominio de varones con edades comprendidas entre los 55-64 años y del medio rural, con una edad media de 64,69 años (53,66-75,61) y 20,65 (4,47-36,08) años de evolución de la EPOC, $p < 0,001$.

Tenían antecedentes de tabaquismo el 86,67% (80,30-93,30). Tan solo el 13,3% (11,20-15,60) de los pacientes con EPOC no había fumado nunca, $p < 0,05$. El tabaquismo es más frecuente en los varones en el medio urbano en todos los estratos de edad, $p < 0,001$.

De los 722 pacientes con antecedentes de tabaquismo, el 57,4% (53,9-60,6) son exfumadores, pero el 29,3% (26,4-32,7), $p < 0,05$, de los pacientes con EPOC siguen siendo fumadores

Tabla I. Características sociodemográficas de la muestra

	Frecuencias	Porcentajes
<i>Sexo</i>		
Varones	715	85,8
Mujeres	118	14,2
Total	833	100,00
<i>Edad</i>		
35-54 años	147	17,6
55-64 años	371	44,5
65-74 años	152	18,3
≥ 75 años	163	19,6
Total	833	100,00
<i>Hábitat</i>		
Rural	488	58,6
Urbano	354	41,4
Total	833	100,00

activos (Fig. 1). La edad de inicio del tabaquismo fue desde los 13 hasta los 45 años. En ambos sexos se produce el mayor incremento en la adolescencia, entre los 12 y los 18 años, aunque en el caso de los hombres hay un segundo pico entre los 21-25 años, luego se estabilizan, con una tendencia a la disminución a partir de esta edad.

Los pacientes con antecedentes de tabaquismo llevan fumando una media 35,26 (17,87-52,64) años, con un consumo medio de 28,36 (9,6-46,86) paquetes/año. En función del número de paquetes/año fumados y de los valores de la cooximetría se clasificó a los fumadores en leves (consumo < 5 paquetes/año y 15 ppm de CO espirado en la cooximetría), moderados (consumo de 6-15 paquetes/año y 16-20 ppm de CO en la cooximetría) y severos (consumo > 15 paquetes/año y > 20 ppm de CO en la espirometría); la mayoría de los fumadores eran severos (58%), según se muestra en la figura 2.

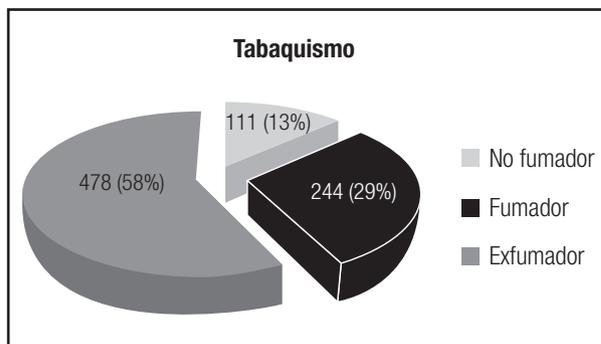


Figura 1. Antecedentes de tabaquismo.

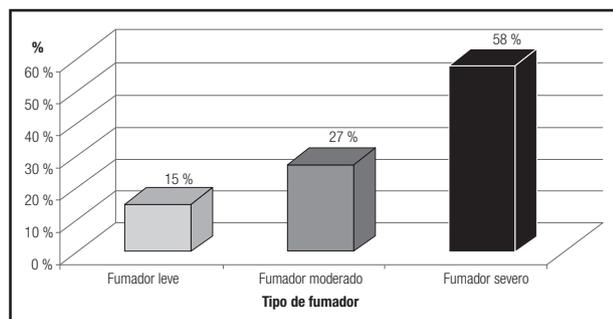


Figura 2.
Clasificación de los fumadores con EPOC.

Para conocer realmente el número de fumadores activos y clasificarlos adecuadamente, se le realizó a la totalidad de la muestra una cooximetría y se detectó que el 34,1% de los pacientes fumaba de forma habitual y el 1,1% lo hacía de forma ocasional, de tal manera que fumaban realmente un total de 288 pacientes, el 35,11% (33,10-37,12), $p < 0,05$ (Tabla II).

Al comparar el número de pacientes que afirmaban fumar con los resultados de la cooximetría, aunque existía un alto grado de concordancia (Fig. 3), realmente fumaban 44 pacientes más de los que se declaraban fumadores, siendo todos ellos recaídas de pacientes exfumadores con EPOC que volvieron a fumar, $p < 0,001$.

Para realizar esta intervención a todos los pacientes que continuaban fumando ($n = 288$) se les valoró el grado de motivación para dejar de fumar mediante una escala analógico-visual; presentaban alta motivación para dejar de fumar tan solo el 18,4% de los pacientes (Fig. 4), siendo los pacientes más motivados los fumadores que consumían menor número de cigarrillos y que presentaban mayor número de reagudizaciones, $p < 0,001$. Por el contrario, los pacientes menos motivados son los que más paquetes-año fuman, menos tiempo de evolución, menor gravedad de la EPOC y los exfumadores, $p < 0,001$.

Se les valoró el grado de dependencia mediante el Test de Fagerström y presentaban una dependencia alta la mitad de los fumadores activos (49,5%), según se muestra en la figura 5. La dependencia alta era mayor en los que fumaban más paquetes/año y los que llevaban más tiempo fumando y tenían un consumo de cigarrillos más elevado.

En el test de recompensa, el 52,6% (50,5-54,7) tuvo una actitud negativa para dejar de fumar y el 32,65% tenía un estado de ánimo bajo.

La media de intentos previos para dejar de fumar fue de 2,72 (1,74-3,69), aunque los intentos para dejar de fumar varían en función de si el paciente es fumador activo o exfumador y en función de la gravedad, de manera que los pacientes más graves habían realizado un mayor número de intentos, $p < 0,0001$.

En los pacientes con EPOC que eran fumadores activos y en los exfumadores que habían recaído se les había aplicado el pro-

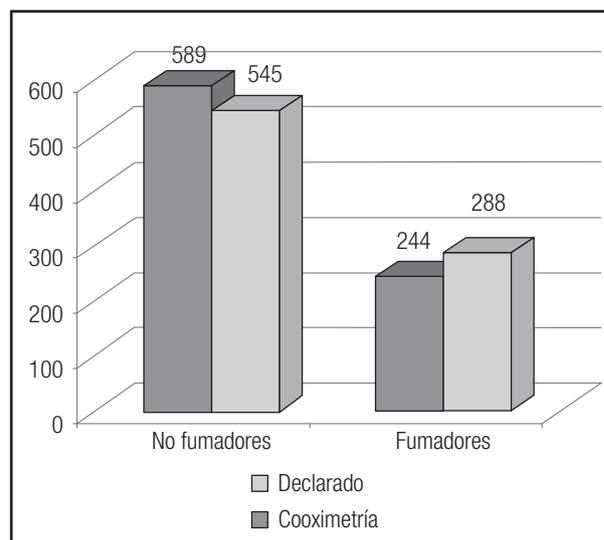


Figura 3.
Comparación de fumadores declarados con fumadores reales (cooximetría) en los pacientes con EPOC.

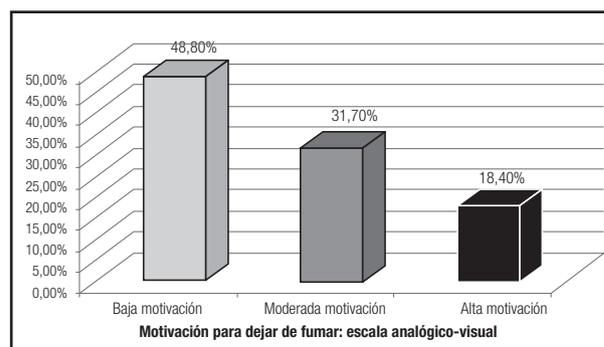


Figura 4.
Grado de motivación para dejar de fumar en los pacientes con EPOC.

Tabla II. Valores de cooximetría en los pacientes con EPOC

Cooximetría	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
No fumador: < 6 ppm	542	64,90	63,22-66,58
Fumador ocasional: 6-10 ppm	5	0,60	0,32-0,88
Fumadores: > 10 ppm	283	34,50	32,52-36,45
Total	833	100	

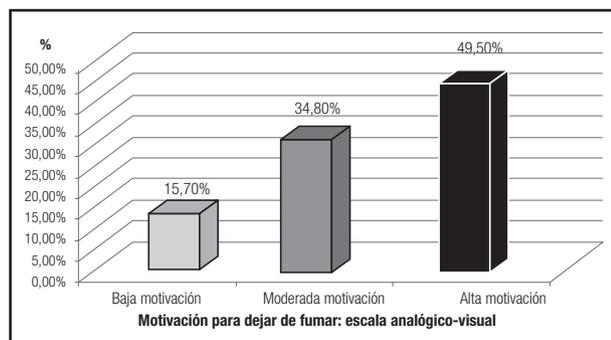


Figura 5.

Grado de dependencia para dejar de fumar en los pacientes con EPOC.

toloco de intervención en pacientes fumadores con EPOC para dejar de fumar. Se valoró el tipo de intervención cognitivo-conductual antitabáquica en función del grado de motivación por la escala analógico-visual en todos los fumadores activos ($n = 288$) mediante el Chi-cuadrado de Pearson, siendo la intervención breve, con el protocolo de actuación antitabáquica, la intervención más realizada para cualquier grado de motivación, $p < 0,001$. La mayoría de intervenciones se llevaron a cabo en los fumadores con baja motivación, y fueron menos frecuentes las intervenciones cognitivo-conductuales en los pacientes con alta motivación para dejar de fumar, $p < 0,001$.

Se valoró el tipo de intervención cognitivo-conductual antitabáquica en función del grado de dependencia medido por el Test de Fagerström en todos los fumadores activos ($n = 288$) mediante el Chi-cuadrado de Pearson, siendo de nuevo la intervención breve, la actuación más frecuente llevada a cabo, para cualquier grado de dependencia, si bien se llevó a cabo el doble de veces en pacientes con dependencia moderada y alta. La mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales se llevaron a cabo en pacientes con alto grado de dependencia, $p < 0,0001$. La intervención cognitivo-conductual más frecuentemente empleada en función del test de recompensa fue la intervención breve en los pacientes con el test positivo, aunque la mayoría de los fumadores activos tenían un test de recompensa negativo 52,6% (50,5-54,7), $p < 0,0001$.

El tipo de intervención antitabáquica más frecuente para dejar de fumar fue la intervención combinada (intervención no farmacológica + intervención farmacológica) en el 55,8% (52,2-59,4), $p < 0,05$ (Tabla III).

La intervención no farmacológica más frecuentemente empleada fue la intervención breve o protocolo de actuación antitabáquica en aquellos pacientes que querían dejar de fumar en el 51,2% (47,8-54,8), $p < 0,05$. Es de destacar que el 23,8% (20,9-27,0) de los pacientes no tuvo ningún tipo de intervención para dejar de fumar, $p < 0,05$ (Tabla IV).

El tratamiento farmacológico más utilizado fue la vareniclina en un 35,7% (32,3-39,5), seguido del bupropion en el 25,1% (22,0-28,1), $p < 0,05$ (Tabla V). Tan solo el 2,8% (1,7-4,0) utilizaba terapia farmacológica combinada. Del total de pacientes

Tabla III. Tipo de intervención antitabáquica

Tipo intervención antitabáquica	Porcentaje	Bootstrap para porcentaje ^a IC 95%
Ninguno	0,7	0,1-1,4
Intervención farmacológica	24,2	21,3-27,4
Intervención no farmacológica	19,3	16,5-22,2
Ambas	55,8	52,2-59,4
Total	100,0	

^a $p < 0,05$.

con EPOC que seguían fumando ($n = 288$), con la intervención cognitivo-conductual y la intervención farmacológica dejaron de fumar el 51,05 (49,49-52,70), siendo la intervención más eficaz la intervención breve con vareniclina, $p < 0,001$.

DISCUSIÓN

Aproximadamente el 85-90% de los casos de EPOC se deben al tabaco (1). En el presente estudio, el 86,67% de los pacientes tienen antecedentes de tabaquismo y el 34,50% de los pacientes diagnosticados de EPOC continúan siendo fumadores activos. Estos resultados concuerdan con los datos publicados en otros estudios. Cabe señalar que un número de pacientes con EPOC consume tabaco a pesar de conocer los efectos perjudiciales que tiene para su salud, los beneficios de dejar de fumar y que el abandono del tabaco es la única medida para detener la evolución progresiva de la enfermedad. Los datos del estudio IBERPOC en España (17) y de otro estudio llevado a cabo en Inglaterra (8) ponen de manifiesto que entre el 30 y el 70% de los pacientes diagnosticados de EPOC siguen fumando. Un estudio llevado a cabo en el ámbito de la atención primaria en España puso de manifiesto que uno de cada 4 pacientes diagnosticados de EPOC fumaba (18) y hasta un 20% de los pacientes hospitalizados por esta enfermedad continúan fumando (19). En el ámbito internacional, un estudio que medía la prevalencia de la EPOC en fumadores que acuden a las clínicas de atención primaria en Arabia Saudí puso de manifiesto el que 80,3% de los hombres era fumador activo (20). Por otro lado, el impacto del tabaco en mujeres expuestas al tabaco de forma activa y pasiva, alrededor del 15% tenían EPOC (21).

En el presente estudio se abordó la identificación del consumo del tabaco, cooximetría, análisis del grado de dependencia física por la nicotina, análisis del grado de motivación para dejar de fumar, análisis de la autoeficacia, valoración del estado de ánimo, análisis de los intentos previos de abandono del tabaco y, en función de estos, intervención cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico. Otros autores proponen que el cese del tabaquismo es la única intervención terapéutica que pue-

Tabla IV. Tipo de intervención no farmacológica para dejar de fumar en pacientes con EPOC

Tipo intervención no farmacológica	Porcentaje	Bootstrap para porcentaje ^a IC 95%
No intervención	23,8	20,9-27,0
Intervención básica o consejo sanitario	6,9	5,1-9,0
Intervención breve o protocolo actuación	51,2	47,8-54,8
Intervención especializada	18,0	15,1-20,8
Total	100,0	

^a*p* < 0,05.**Tabla V.** Tratamiento farmacológico antitabáquico en los pacientes con EPOC

Tratamiento farmacológico	Porcentaje	Bootstrap para porcentaje ^a IC 95%
No intervención	19,1	16,5-21,9
TSN	17,3	10,7-20,1
Bupropión	25,1	22,0-28,1
Vareniclina	35,7	32,3-39,5
TSN + VRN	2,8	1,7-4,0
Total	100,0	

^a*p* < 0,05. TSN: terapia sustitutiva de nicotina; VRN: vareniclina.

de detener la progresión de la EPOC en fumadores con esta enfermedad. La intervención más importante para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco es una combinación de asesoramiento más el tratamiento farmacológico, como se propone en mi estudio. Las características de la terapia cognitivo-conductual deben ser diferentes dependiendo de si esta intervención se le ofrece a los fumadores con un diagnóstico previo de EPOC o si la intervención se le ofrece a los fumadores que han sido diagnosticados recientemente con EPOC. El asesoramiento de los pacientes que han sido diagnosticados recientemente debe incluir: a) una explicación de la relación directa entre tabaquismo y EPOC; b) alentar a estos pacientes a dejar de fumar, y c) el uso de la espirometría y mediciones de CO como herramientas de motivación. El asesoramiento de los pacientes que han sido diagnosticados previamente debe incluir: a) el estímulo para hacer un serio intento de abandono; b) una intervención que aumenta la motivación, la autoeficacia y autoestima, y c) la intervención también debe controlar la depresión e ir dirigido al control de la ganancia de peso (22).

En este estudio, los pacientes con antecedentes de tabaquismo llevaban una media de 35,26 (17,87-52,64) años fumando, con un consumo medio de 28,36 (9,60-46,86) paquetes año, y el 58% de los pacientes son fumadores severos. De los 288 fumadores activos con EPOC, tenían baja motivación el 49,80%, alta dependencia el 49,5%, actitud negativa para dejar de fumar el 52,60% y bajo estado de ánimo el 32,05%. La media de intentos para dejar de fumar fue de 2,72 (1,74-3,67), *p* < 0,0001. La intervención antitabáquica para dejar de fumar más frecuente-

mente empleada fue la combinación de terapia conductivo-conductual (TCC) más tratamiento farmacológico en el 55,8% (52,2-54,9), *p* < 0,05.

La intervención más efectiva en este estudio fue la combinación de TCC más vareniclina que logró una abstinencia del 29,86% con esta combinación y un 51,05 (49,49-52,70) con el total de las intervenciones combinadas en los fumadores activos. Una revisión sistemática de los diferentes ensayos clínicos en pacientes fumadores con EPOC en la que se valoraron diferentes intervenciones agrupadas en 4 categorías: cuidados usuales, intervención mínima, TCC intensa y TCC intensa más tratamiento farmacológico. Las cifras de abstinencia al año de seguimiento para cada una de las categorías fueron del 1,4%, 2,6%, 6% y 12,3%, respectivamente. Los autores concluyen que la combinación de TCC intensa más tratamiento farmacológico es la forma de tratamiento del tabaquismo en la EPOC más eficaz y con mejor relación coste/efectividad (23), resultados concordantes con los de este estudio, si bien los porcentajes logrados en nuestro estudio duplican los de otros estudios. Otro estudio ha comparado la eficacia de un programa de tratamiento del tabaquismo de alta intensidad en fumadores con EPOC con la de los cuidados habituales. El programa de alta intensidad consistió en la combinación de tratamiento farmacológico más hospitalización durante dos semanas donde recibían TCC intensa; además, se programaban contactos telefónicos y seguimiento continuo durante un periodo de uno a tres años. Las cifras de abstinencia en el grupo que recibió el tratamiento intenso fueron del 52% y del 38% al año y a los tres años de seguimiento, en tanto que las cifras en el

grupo que recibió los cuidados usuales fueron del 7% y del 10%, respectivamente (24).

La eficacia y la seguridad del uso de vareniclina en el tratamiento del tabaquismo de fumadores con EPOC; uno de los estudios fue realizado sobre un grupo de pacientes con EPOC leve o moderada y se diseñó como un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Se demostró que la vareniclina fue más eficaz que el placebo para ayudar a dejar de fumar al tercer, sexto y duodécimo mes de seguimiento. Al cabo del año las cifras fueron: 18,6% vs. 5,6% (OR: 4,04 [IC 95%: 2,13-7,67]; $p < 0,0001$) (25).

En otro estudio abierto y de seguimiento en el que se ha estudiado a un total de 472 fumadores con EPOC grave o muy grave que recibieron tratamiento con diferentes fármacos: TSN, bupropión y vareniclina, los pacientes fueron seguidos durante 24 semanas. La cifra media de abstinencia continua entre la semana 9 y la 24 fue del 48,5%. Dependiendo del tipo de fármaco utilizado, las cifras fueron: 38,2% para TSN, 60% para bupropión y 61% para vareniclina. Vareniclina fue más eficaz que los parches de nicotina: 61% vs. 44,1% (OR: 1,98 [IC 95%: 1,25-3,12]; $p = 0,003$) (26).

En el presente estudio, con la combinación de TCC más bupropión se obtuvo un 25,1% (22,0-28,1), $p < 0,001$, de abstinencia al tabaco. Dos ensayos clínicos han analizado la eficacia y la seguridad del uso de bupropión en el tratamiento de los fumadores con EPOC. Uno de ellos encontró que bupropión fue más eficaz que el placebo en obtener abstinencia continua a los 6 meses de seguimiento (16% frente al 9%; $p < 0,05$) (27). El otro mostró similares resultados, también a los 6 meses de seguimiento, con una diferencia del 18,9% (IC 95%: 3,6-34,2%); $p = 0,02$ (28).

Al analizar el porcentaje de paciente que utilizaba TCC con protocolo de actuación básico y/o especializado más TSN, el 17,3% (10,7-21,1), $p < 0,001$ dejó de fumar en este estudio de forma segura y eficaz. Otros estudio como el *Lung Health Study* mostró que la utilización de chicles de nicotina en combinación con terapia cognitivo conductual (TCC) intensa era eficaz y segura para ayudar a dejar de fumar a estos sujetos (29). Posteriormente, en un estudio aleatorizado y abierto en el que se utilizaron cuatro formas de terapia sustitutiva con nicotina (TSN) encontraron que, al año de seguimiento, los que habían recibido tratamiento activo dejaban de fumar con mayor frecuencia que los que usaron placebo (5,6%; $p < 0,01$) (30). En otro estudio aleatorizado doble ciego y controlado con placebo, se analizó la eficacia de las tabletas sublinguales de nicotina en 2 grupos de pacientes: uno que recibió TCC intensa y otro que la recibió de leve intensidad. Los índices de abstinencia a los 6 y 12 meses de seguimiento fueron superiores para los grupos que recibieron tratamiento activo: 23% frente al 10% y 17% frente al 10%. No se observaron diferencias significativas dependiendo de la intensidad de TCC recibida (31). Más recientemente, un metaanálisis ha evaluado a 7.332 pacientes con EPOC que recibieron diferentes tratamientos para dejar de fumar. Los autores han encontrado que la combinación de TCC más TSN fue el tipo de intervención más eficaz (OR: 5,08; $p < 0,0001$), frente a solo TCC (OR: 2,8; $p = 0,001$) y frente a TCC en combinación con un antidepressivo (OR: 3,32; $p = 0,002$) (32).

En un estudio abierto y de seguimiento en el que se ha estudiado a un total de 472 fumadores con EPOC grave o muy grave que recibieron tratamiento con diferentes fármacos: TSN, bupropión y vareniclina, los pacientes fueron seguidos durante 24 semanas. La cifra media de abstinencia continua entre la semana 9 y la 24 fue del 48,5%. Dependiendo del tipo de fármaco utilizado, las cifras fueron: 38,2% para TSN, 60% para bupropión y 61% para vareniclina. Vareniclina fue más eficaz que los parches de nicotina: 61% vs. 44,1% (OR: 1,98 [IC 95%: 1,25-3,12]; $p = 0,003$) (33), estos fármacos fueron seguros. Los resultados de ese estudio son similares a los obtenidos en este.

CONCLUSIONES

Aunque el cese del tabaquismo es la medida más eficaz para disminuir la pérdida de la función pulmonar, mejorar la calidad de vida, disminuir las complicaciones y aumentar la supervivencia en los pacientes con EPOC, un número inaceptablemente alto de estos pacientes continúa fumando. Es necesaria una mayor concienciación de las autoridades sanitarias, de los pacientes y de los profesionales de la salud, con una implicación más proactiva en la implementación de protocolos como los de la SEPAR para disminuir el impacto del tabaquismo en la salud de la población en general y de los pacientes con EPOC en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. Available at: <http://www.goldcopd.org/>. Acceso 1 de julio 2015.
2. Risk factors. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Workshop Report Updated 2004. P. 20-25. Disponible en: URL: <http://www.goldcopd.com> (FT).
3. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000;118:981-9.
4. Pauwels R, Rabe K. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet* 2004;364:613-20.
5. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratiou C, Jiménez-Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Resp J* 2007;29:390-417.
6. Jiménez Ruiz CA, Sobradillo Peña V, Miravittles M, et al. Análisis de tabaquismo en España a la luz de los resultados del estudio IBERPOC. *Prev Tab* 2000;2:189-93.
7. Wagena EJ, Zeegers MPA, Van Schayck CP, Wouters EFM. Benefits and risks of pharmacological smoking cessation therapies in chronic obstructive pulmonary disease. *Drug Saf* 2003;26:381-403.
8. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax* 2006;61:1043-7.
9. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorz Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2013;49: 354-63.
10. Kotz D, Wesseling G, Huibers MJ, van Schayck OC. Efficacy of confrontational counselling for smoking cessation in smokers with previously undiagnosed mild to moderate airflow limitation: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2007;7:332.
11. Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Solh AA, Ernst F, et al. An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;174:605-14.

12. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J* 2009; 34:634-40.
13. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziau C, Jiménez- Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29:390-417.
14. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rates of smoking abstinence in COPD patients: smoking cessation by hospitalization. *Nicotine Tob Res* 2008;10:883-90.
15. Shiffman S, Fergusson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction* 2008;103:557-63.
16. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Lawrence D, Marton JP, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest* 2011;139:591-9.
17. Jiménez CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, et al. Smoking characteristics: attitudes and dependence. Differences between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001;119:1365-70.
18. Llordés M, Jaén A, Almagro P, Heredia JL, Morera J, Soriano JB, et al. Prevalence, Risk Factors and Diagnostic Accuracy of COPD Among Smokers in Primary Care. *COPD* 2015;12(4):404-12.
19. Pozo F, Álvarez CJ, Castro A, Melero C, Capelastegui A, Esteban C, et al. Auditoría clínica de los pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC en España (estudio AUDIPOC): método y organización del trabajo. *Arch Bronconeumol* 2010; 46:349-57.
20. Al Ghobain M, Al-Hajjaj MS, Wali SO. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among smokers attending primary healthcare clinics in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2011;31(2):129-33.
21. Mohammad Y, Shaaban R, Al-Zahab BA, Khaltaev N, Bousquet J, Dubaybo B. Impact of active and passive smoking as risk factors for asthma and COPD in women presenting to primary care in Syria: first report by the WHO-GARD survey group. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2013;8:473-82.
22. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Tratamiento para dejar de fumar para los fumadores con EPOC: el papel de asesoramiento. *Monaldi Arco Dis Chest* 2013;79(1):33-7.
23. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH. Long term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010;65:711-8.
24. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rates of smoking abstinence in COPD patients: Smoking cessation by hospitalization. *Nicotine Tob Res* 2008; 10:883-90.
25. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Lawrence D, Marton JP, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: A randomized controlled trial. *Chest* 2011;139:591-9.
26. Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Mayayo Ulibarri M, Cristobal Fernández M, López González G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res* 2012;14(9):1035-9.
27. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001;357:1571-5.
28. Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayk CP. Efficacy of bupropión and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with COPD. *Arch Intern Med* 2005;165:2286-92.
29. Dautzenberg B, Nides M, Kienzler JL, Callens A. Pharmacokinetics, safety and efficacy from randomized controlled trials of 1 and 2 mg nicotine bitartrate lozenges. *BMC Clin Pharmacol* 2007;8:11.
30. Tønnesen P, Mikkelsen KL. Routine smoking cessation with 4 nicotine regimens in a lung clinic. *Eur Respir J* 2000;16:714-22.
31. Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest* 2006;130:334-42.
32. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD: A network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J* 2009;34:634-40.
33. Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Mayayo Ulibarri M, Cristobal Fernández M, López González G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res* 2012;14(9):1035-9.