



ORIGINAL

Unidad de Tabaquismo de Alcázar de San Juan

Tobacco Unit of Alcázar de San Juan

Autores: Ortega Ortiz C¹, Francisco Corral G¹, González Naranjo S², Arias Arias A³

¹Servicio de Neumología. Hospital General La-Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

²PEAC Tembleque. Toledo

³Departamento de Investigación, Docencia y Formación. Hospital La-Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Resumen:

El objetivo del presente estudio es analizar las características y evolución de los pacientes atendidos en nuestra Unidad, así como conocer el porcentaje de abandono obtenido y el tipo de tratamiento más utilizado para mejorar la atención hacia ellos. Se ha llevado a cabo con los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital General La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan desde Octubre de 2017 hasta Octubre de 2018. Se analizaron las historias de 182 pacientes, la mayoría derivados de neumología, que habían iniciado el hábito tabáquico en la adolescencia. La gran mayoría acudían muy motivados y con una gran dependencia, especialmente psicológica a la nicotina. SAHS, EPOC, cáncer o depresión han sido las patologías más habituales entre los pacientes. El tratamiento más utilizado fue vareniclina. La cefalea y las náuseas fueron los efectos secundarios más descritos entre los que iniciaron algún tipo de medicación. De los pacientes que no abandonaron la Unidad, a los 3 meses de seguimiento llegaron 60 pacientes y, de estos, el 63,3% se mantenían en abstinencia. Finalmente, solamente 14 pacientes completaron los 12 meses de seguimiento, continuando el 78,6% de ellos en abstinencia. Parámetros como la cooximetría y el síndrome de abstinencia mejoraron consulta tras consulta.

Palabras clave: tabaquismo; abandono; deshabituación tabáquica; tratamiento antitabaco.

Resume:

The objective of this study is to analyze the characteristics and the evolution of the patients attended in our Unit, as well as to know the percentage of abandonment obtained and the type of treatment most used to improve care for our patients. It was carried out with the patients seen in the Tobacco Unit of the General Hospital La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan from October 2017 to October 2018. The histories of 182 patients, most of them derived from pneumonology, were analyzed who had started smoking in adolescence. The vast majority came very motivated and with a particularly psychological dependence on nicotine. SAHS, EPOC, cancer or depression have been the most common pathologies among patients. The most widely used treatment was Varenicline. Headache and nausea were the most specific side effects among those who started some type of medication. Of the patients who did not leave the unit, at 3 months of follow-up 60 patients arrived, and of these, 63.3% remained abstinent. Finally, only 14 patients completed the 12-month follow-up, 78.6% of them continuing in abstinence. Parameters such as cooximetry and withdrawal syndrome improved consultation after consultation.

Keywords: smoking; abandonment; smoking cessation; anti-smoking treatment.

Introducción:

La OMS define el tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas, ya que la nicotina, principal componente del cigarrillo, es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.

La mayoría de los fumadores que conocen los peligros del tabaco desean dejarlo. El asesoramiento y la medicación pueden duplicar con creces la probabilidad de que lo consigan¹.

El consumo de tabaco tiene un gasto económico enorme, el cual incluye los elevados costes sanitarios al tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debida a su morbimortalidad.

El daño provocado por el consumo de los productos del tabaco, principalmente la inhalación del humo de los cigarrillos, es múltiple: enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica, enfisema y diversos tipos de cáncer. Por ello, dejar de fumar reduce significativamente el riesgo de padecer estas patologías y mejora considerablemente su pronóstico^{2,3}.

La evidencia científica nos muestra que la combinación de tratamiento farmacológico, junto con el apoyo conductual, es la mejor estrategia para abordar el tratamiento de ayuda al fumador que quiere dejarlo (tratamiento multicomponente). Es así como en las Unidades de Tabaquismo se puede ofrecer este tipo de tratamiento mediante sesiones y seguimiento pautados de forma estructurada^{4,5}.

El objetivo del presente estudio fue analizar las características de los pacientes atendidos en nuestra Unidad, así como conocer el porcentaje de abandono obtenido y el tipo de tratamiento más utilizado para mejorar así la atención hacia nuestros pacientes.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital General La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan desde el 1 de Octubre de 2017 hasta el 1 de Octubre de 2018.

De todos los pacientes incluidos en el estudio se recogieron variables sociodemográficas (tales como sexo, edad y peso), comorbilidades asociadas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, cardiopatías, EPOC, asma bronquial, consumo de otras drogas, ansiedad o depresión entre otras), variables relacionadas con su hábito tabáquico (edad de inicio, ambiente que les rodea, intentos previos de abandono, consumo acumulado, grado y tipo de dependencia, coximetría), variables asociadas con la dependencia al tabaco y su tratamiento (el tipo de dependencia, pacientes que iniciaron tratamiento y cuál fue el propuesto: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), vareniclina, bupropion o tratamiento psicológico) y variables de respuesta (porcentaje de abstinencia al tercer, sexto y duodécimo mes de aquellos pacientes que iniciaron algún tipo de terapia, efectos secundarios que aparecieron al iniciar el tratamiento y el motivo de recaída principal).

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se describieron mediante media o mediana y desviación estándar o rango intercuartílico según la distribución de la variable. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Todos los cálculos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS V.18.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se atendieron en la Unidad de Tabaquismo un total de 184 pacientes (de los cuales se analizaron 182, ya que 2 de ellos fueron exitus durante el año de seguimiento. De ellos, el 60,3% fueron hombres (110) y el 39,7% fueron mujeres (72). La edad media de los pacientes fue de 47,98 (11,9) años, siendo el paciente más joven de 15 años y el mayor de 84 años. En la tabla 1 se pueden observar las principales características sociodemográficas y de procedencia de los pacientes incluidos en el estudio.

La mayoría de los pacientes acuden a nuestra Unidad derivados desde neumología. En cuanto a las comorbilidades, destacan la depresión (22%) SAHS y EPOC en torno al 20% y ansiedad e hipertensión cercano al 15%.

La edad media de inicio en el consumo de tabaco fue de 17 años, con un consumo medio de casi 20 cigarrillos al día, durante casi 30 años (lo que supone más de 29 paquetes-año). La media de intentos previos para dejar

de fumar se situó en 1,25 intentos por paciente, siendo en la gran mayoría uno o ningún intento (67,5%) (Tabla 2).

| | | N (%) |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Edad media en años (DE; rango) | | 47,98 (11,9; 15 – 84) |
| Sexo | Hombre | 110 (60,3%) |
| | Mujer | 72 (39,7%) |
| Comorbilidades | Depresión | 39 (22%) |
| | SAHS | 34 (19,2%) |
| | EPOC | 33 (18,5%) |
| | Hipercolesterolemia | 32 (18%) |
| | Ansiedad | 27 (15,2%) |
| | HTA | 26 (14,6%) |
| | Trastorno psiquiátrico | 21 (11,5%) |
| | Cardiopatía | 14 (7,9%) |
| | Hábitos tóxicos | 13 (7,1%) |
| | Asma bronquial | 11 (6,2%) |
| | Cáncer | 11 (6,2%) |
| | Diabetes | 10 (5,6%) |
| | Gastritis | 4 (2,2%) |
| Procedencia | ERGE | 4 (2,2%) |
| | Úlcus | 3 (1,7%) |
| | Epilepsia | 2 (1,1%) |
| | Neumología | 99 (54,4%) |
| | Otros | 34 (18,7%) |
| | Voluntad propia | 32 (17,6%) |
| | Atención primaria | 10 (5,5%) |
| | Oncología | 3 (1,6%) |
| | Psiquiatría | 1 (0,5%) |
| | Cardiología | 1 (0,5%) |
| | Nefrología | 1 (0,5%) |
| | Hematología | 1 (0,5%) |

Tabla 1. Principales características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio. DE= desviación estándar; HTA= hipertensión arterial; ERGE= enfermedad por reflujo gastroesofágico; EPOC= enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SAHS= síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño

| | | N (%) |
|--|---|----------------------|
| Edad media de inicio en años (DE; rango) | | 17,02 (4,5; 8 – 40) |
| Consumo medio de cigarrillos/día (DE; rango) | | 19,3 (10; 1 - 60) |
| Nº medio de años fumando (DE; rango) | | 29,8 (12,5; 1 – 70) |
| Nº medio de paquetes al año (DE; rango) | | 29,2 (20; 0,5 - 102) |
| Nº medio de intentos para dejar de fumar (DE; rango) | | 1,2 (1,1; 0 – 6) |
| Número de intentos | 0 | 47 (26,9%) |
| | 1 | 71 (40,6%) |
| | 2 | 37 (21,1%) |
| | 3 | 13 (7,4%) |
| | 4 | 2 (1,1%) |
| | 5 | 3 (1,7%) |
| | 6 | 2 (1,1%) |

Tabla 2. Principales variables relacionadas con el consumo de tabaco. DE= Desviación estándar

En la tabla 3 se pueden observar los datos relacionados con los tratamientos previos al acudir a la Unidad.

El 79,1% de los pacientes no habían utilizado ningún tratamiento previo para dejar de fumar antes de acudir a la Unidad. No obstante, la TSN y la vareniclina, fueron los métodos más usados por los pacientes en intentos previos con un 10,8% y un 7,6% respectivamente (Tabla 3).

El motivo por el cual se produjeron más recaídas antes de acudir a la Unidad fue el "síndrome de abstinencia" (44,3%), seguido de la "fantasía de control" (15,1%), el "estar en ambiente fumador" (10,4%), las "crisis vitales" (10,4%), las celebraciones (3,8%), el aumento de peso (2,8%), el bajo estado anímico (2,8%) o por premiarse en situaciones agradables (2,8%), entre otros.

| | Tratamiento previos | | | |
|---------------------------|---------------------|------------|-----------|-----------|
| | 1 (n = 182) | 2 (n = 18) | 3 (n = 3) | 4 (n = 2) |
| Ningún tratamiento previo | 87 (47,8%) | - | - | - |
| Nicotina | 13 (7,1%) | 5 (2,7%) | 1 (0,5%) | 1 (0,5%) |
| Vareniclina | 9 (4,9%) | 3 (1,6%) | 2 (1,1%) | - |
| Bupropion | 7 (3,8%) | 6 (3,3%) | - | - |
| Libro ayuda | 5 (2,7%) | 2 (1,1%) | - | - |
| Unidad de Tabaquismo | 4 (2,2%) | 2 (1,1%) | - | 1 (0,5%) |
| Ns/Nc | 57 (31,3%) | - | - | - |

Tabla 3. Tratamientos previos antes de acudir a la Unidad de Tabaquismo

En cuanto al ambiente que rodea al paciente, se observa que la mayoría de los pacientes analizados (63,8%) tenía un ambiente relacionado con el tabaco desfavorable en el ámbito familiar, un 46,9% referían que sus compa-

ñeros de trabajo fumaban y un 57,8% tenían amigos fumadores.

Las principales características de los pacientes que acuden a la Unidad de Tabaquismo se pueden observar en la Tabla 4.

| | | N (%) | |
|--|---------------------|-----------------------|------------|
| Edad media en años (DE; rango) | | 47,98 (11,9; 15 – 84) | |
| Sexo | Hombre | 110 (60,3%) | |
| | Mujer | 72 (39,7%) | |
| Peso medio inicial en Kg (DE; rango) | | 81 (19; 44 – 141) | |
| Peso medio final en Kg (DE; rango) | | 85,7 (19; 53 – 145) | |
| Monóxido de carbono exhalado inicial en ppm (DE; rango) | | 17,1 (11,5; 0 – 72) | |
| Porcentaje pacientes con cooximetría por debajo de 3 ppm | | 14 (8,2%) | |
| Monóxido de carbono exhalado final en ppm (DE; rango) | | 5,8 (7,6; 0 – 29) | |
| Porcentaje pacientes con cooximetría por debajo de 3 ppm | | 47 (57,3%) | |
| Puntuación inicial síndrome de abstinencia a la nicotina | | 13,2 (5,9; 3 - 27) | |
| Puntuación final síndrome de abstinencia a la nicotina | | 8,6 (4,7; 1 - 26) | |
| Puntuación Richmond | | 8,3 (1,6; 4 – 10) | |
| Puntuación Richmond | Poco motivado | 9 (7,8%) | |
| | Bastante motivado | 47 (40,5%) | |
| | Muy motivado | 60 (51,7%) | |
| Puntuación Fagerström | | 5,6 (2,2; 0 – 10) | |
| Puntuación Fagerström | Baja dependencia | 36 (30%) | |
| | Dependencia media | 40 (33,3%) | |
| | Dependencia alta | 44 (36,7%) | |
| Dependencia física | Leve | 11 (9,9%) | |
| | Moderada | 48 (43,2%) | |
| | Grave | 52 (46,8%) | |
| Glover-Nilsson | Dependencia gestual | Leve | 58 (52,7%) |
| | | Moderada | 47 (42,7%) |
| | | Grave | 5 (4,5%) |
| Dependencia social | Leve | 17 (15,5%) | |
| | Moderada | 54 (49,1%) | |
| | Grave | 39 (35,5%) | |

Tabla 4. Principales características de los pacientes incluidos en el estudio

La media de monóxido de carbono exhalado en la primera visita fue de 17,09 ppm bajando a 5,8 ppm en la última visita. Al finalizar el seguimiento, el 57,3% de los pacientes lograron tener una cooximetría por debajo de 3 ppm de monóxido de carbono. Observando la variación del peso al inicio y al fin de seguimiento, se pudo comprobar que se produjo un aumento de peso de 4,88 kg de media entre todos los pacientes. El síndrome de abstinencia a la nicotina (S.A.N) también disminuyó de media 4,55 puntos respecto al valor mostrado durante las primeras visitas.

Mediante el test de Richmond se comprobó que el 92,2% de los pacientes que acudían a la Unidad estaban bastante o muy motivados para dejar de fumar. El 70% de los pacientes presentaba una dependencia media-alta a la nicotina medida con el test de Fagerström. Aplicando el test de Glover-Nilsson comprobamos que la dependencia física era grave o muy grave en el 43,2% y 46,8% de los pacientes respectivamente. La dependencia gestual era leve en el 52,7% de la muestra y la social era moderada o grave en el 49,1% y 35,9% respectivamente (Tabla 4).

El 76,6% de los pacientes fijan el día para dejar de fumar en menos de 2 meses. Marzo (16,2%), mayo (17,1%), junio (12%) y diciembre (11,1%) fueron los meses en los que un mayor número de pacientes fijó el día para dejar de fumar. El tratamiento más utilizado entre los pacientes que fijaron un día para dejar de fumar fue la vareniclina (61,2%), seguido de la terapia sustitutiva con nicotina (31%) y del bupropion (1,7%), todos ellos (el 94,9% de los casos), acompañado siempre de la terapia psicológica que les proporcionábamos en la Unidad. De los pacientes que presentaron algún efecto secundario tras utilizar vareniclina o TSN, los más habituales fueron: náuseas (32%), cefalea (24%), insomnio (13%), pesadillas (4,5%) y pirosis (1,1%), entre otros.

Hubo 16 pacientes que no llegaron a iniciar tratamiento. De ellos, el 91,2% fue debido a que no deseaban, el 7,1% por motivos económicos y el 1,6% porque pospusieron la fecha para dejar de fumar. El motivo de recaída principal fue el síndrome de abstinencia (42,1%), seguido del bajo estado anímico (21,1%), las celebraciones (10,5%), el estar en un ambiente fumador (10,5%), tomar alcohol (5,3%) y las fantasías de control (5,3%),

entre otros. El 85,1% de los pacientes abandonó el seguimiento antes del año.

Hubo 182 pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo. De ellos, 56 pacientes abandonaron el programa antes de cumplir 3 meses de seguimiento. De los pacientes que continuaron en la unidad, el 54% se mantuvo abstinentes. En la tabla 5 se puede observar el porcentaje de abstinencia durante el seguimiento de los pacientes que han iniciado algún tratamiento.

| | < 3 meses | 3 meses | 6 meses | 12 meses |
|-------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Abstinencia | 54% (68/126) | 33,3% (42/126) | 26,2% (33/126) | 14,3% (18/126) |

Tabla 5. Pacientes que han iniciado tratamiento y porcentaje de abstinencia

Si nos centramos en los pacientes que no han abandonado el seguimiento en la Unidad, a los 3 meses de seguimiento llegaron 60 pacientes y de estos el 63,3% se mantenían en abstinencia. Finalmente, solamente 14 pacientes completaron los 12 meses de seguimiento, continuando el 78,6% de ellos en abstinencia (Figura 1). De media, los pacientes realizaron 3,53 visitas a la Unidad.

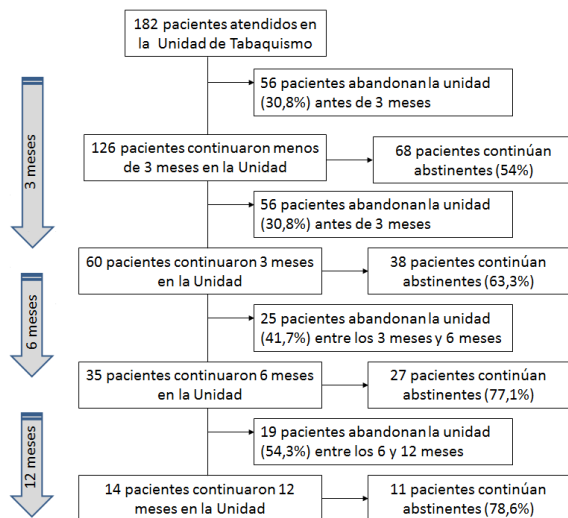


Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo y porcentaje de abstinencia

Discusión:

La Unidad de Tabaquismo del Hospital La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan comenzó su andadura en el año 2005, ofreciendo desde entonces un abordaje integral del tabaquismo. Fue acreditada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) como Unidad Básica de Tabaquismo en el año 2018, motivo por el que nos decidimos a analizar la actividad que se realizó en ella durante ese año.

En nuestro estudio confirmamos un 14,3% de abstinencia al año (de octubre de 2017 a octubre de 2018) del total de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Tabaquismo de nuestro hospital, que incluía tratamiento psicofarmacológico con consultas presenciales, telefónicas y material de autoayuda. Estas cifras de abstinencia aumentan en los pacientes que siguieron acudiendo a las citas y no abandonaron el seguimiento en la Unidad, siendo de este modo la tasa de abstinencia superior al 60% durante todo el año de seguimiento. El por-

centaje de éxito es superior al de otras series consultadas en las que dicho porcentaje oscila del 33% al 50%^{5,6}.

El estudio también muestra que la asistencia a las Unidades ayuda a controlar mejor el síndrome de abstinencia, a llevar un registro del peso, evitando así el miedo a dejar de fumar por engordar. Todo ello acompañado de la cooximetría, que ayuda a motivar a los pacientes demostrándoles que si dejan de fumar, los niveles de monóxido disminuyen claramente consulta tras consulta.

Se ha podido comprobar también que la tasa de abandono del seguimiento es elevada, especialmente por motivos de trabajo o problemas de desplazamiento (según refieren los pacientes en las entrevistas), por lo que habría que plantear llegar al fumador de una manera más cercana, mediante charlas en centros de salud, lugares de trabajo, colegios, sin olvidarnos de implantar las nuevas tecnologías de la información y comunicación en nuestras Unidades, mediante llamadas telefónicas (como venimos haciendo hasta ahora), correos electrónicos o incluso videollamada en directo a través de internet⁷. También se podrían realizar cooximetrías en las puertas de los centros sanitarios a todos los pacientes fumadores para animarles a dejar de fumar.

Cada paciente realiza de media 3,5 visitas a la Unidad (una al mes aproximadamente), por lo que habría que intentar fijar la fecha para dejar de fumar en no más allá de 3 meses respecto a la primera visita, ya que el abandono del seguimiento aumenta a partir de ese tiempo.

Es fundamental tener en cuenta que se les debe proporcionar una intervención multidisciplinar (apoyo psicológico y tratamiento farmacológico) a todos los pacientes que deseen dejar de fumar⁸. La mayoría de los pacientes fuman por refuerzo negativo con una gran dependencia psicológica, por lo que habría que implantar la figura de los psicólogos en las UET para un abordaje más completo^{9,10}.

En estudios futuros habría que valorar cuáles han sido los resultados obtenidos desde la puesta en marcha de la Unidad en el año 2005, analizar si los pacientes que abandonan el seguimiento siguen sin fumar o si, por el contrario, han recaído, además de saber cuáles fueron los motivos que les llevaron a ello para mostrar así unos resultados más completos. De este modo se lograría una mejora global en la atención sanitaria dentro de las Unidades Especializadas en Tabaquismo.

Bibliografía:

1. Tabaquismo [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 15 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>.
2. Otero, M. y Ayesta, F.J. (2004). El tabaquismo como trastorno adictivo. Revista Trastornos Adictivos, 6(2), 78-88.
3. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Rebollo Serrano JC et al. Guía SEPAR para la acreditación de Unidades Especializadas en Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR 2011.

4. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, Alonso JA, De la Cruz E, Abengózar R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol 2003; 39(1): 35-41.
5. Álvarez Gutiérrez FJ, Romero Romero B, Medina Gallardo JF et al. Deshabitación tabáquica a largo plazo. Estudio de 1639 pacientes incluidos en programa de intervención psicofarmacológico tras 12 años de seguimiento. Rev Esp Patol Torac 2018; 30 (2) 136-142.
6. Muñoz Gómez MT, Aguilar Pérez M y Ussetti Gil P. Resultados de una Consulta de Enfermería de Tabaquismo en un hospital de tercer nivel. Prev Tab 2016; 18(3): 149-154.
7. James M Davis, Alison R Manley, Simon B Goldberg, Kristin A Stankevitz, Stevens S Smith. Mindfulness training for smokers via web-based video instruction with phone support: a prospective observational study. BMC Complement Altern Med. 2015; 15: 95. Published online 2015 Mar 29.
8. Godoy Mayoral R, Callejas González FJ, Cruz Ruiz J et al. Diferencias entre los fumadores que no inician el tratamiento y los que sí lo inician. Prev Tab 2018; 20 (2): 54-59.
9. Valera Fernández M, González Cuello AM, Aceña Domínguez R, Valera Fernández AB, Moreno Poyato AR, Fonseca Casals F. Efectividad de una intervención de enfermería sobre abordaje al tabaquismo en personas con un trastorno mental. Revista Española de Enfermería de Salud Mental 2019: 9.
10. González-Roz Alba et al. Abordaje del tabaquismo en centros de tratamiento de drogodependencias: implicaciones clínicas y recomendaciones para su implementación. Adicciones 2019; 31(4): 327-329.