

Resultados: Durante el periodo estudiado se diagnosticó de CP a 181 pacientes. El 37% (n = 67) de los pacientes fueron estudiados mediante CAR. Los pacientes estudiados por ambos circuitos fueron la mayoría varones, con historia tabáquica, en la sexta década de la vida y con un diagnóstico más frecuente de adenocarcinoma, con un estadio avanzado y tratamiento sistémico. En el CAR hubo pacientes con un estadio al diagnóstico más precoz y diferencias en las medidas terapéuticas que el NCAR (tabla 1). En relación con los datos de hospitalización se encontraron diferencias significativas a favor de la CAR: menos porcentaje de ingresados, mejor adecuación de los ingresos y menos estancia hospitalaria (con $p < 0,01$ en todos ellos). No existen diferencias en la demora de inicio al tratamiento, cumpliendo en un 80% las recomendaciones de práctica clínica existentes (tabla 2).

Tabla 1. Comparación de los datos sociodemográficos, distribución por estadios y tipo histológicos entre CAR y NCAR

	CAR (n = 67)	NCAR (n = 114)	p
Datos sociodemográficos			
Edad: media (DE)	65,8 (9,9)	65,9 (11,4)	0,95
Sexo: % varones	74,6%	80,7%	0,34
Hábito tabáquico			0,13
No: n (%)	8 (11,9)	19 (16,7)	
Si: n (%)	24 (35,8)	53 (46,5)	
Exfumador: n (%)	36 (52,2)	42 (36,8)	
Estadios			
Precoz (I-II): n (%)	22 (32,8)	10 (8,8)	< 0,01
Tardío (III-IV): n (%)	45 (67,2)	104 (91,2)	
Diagnóstico			
CNM: n (%)	10 (14,9)	12 (10,5)	0,61
CM: n (%)	6 (9)	13 (11,4)	
Epidermoide: n (%)	21 (31,3)	36 (31,6)	
Adenocarcinoma: n (%)	25 (37,3)	50 (43,9)	
Neuroendocrino: n (%)	3 (4,5)	2 (1,8)	
Carcinoide: n (%)	2 (3)	1 (0,9)	
Medida terapéutica			
Cirugía: n (%)	26 (38,8)	22 (19,3)	0,02
Oncológico: n (%)	36 (53,7)	78 (68,4)	
Paliativo: n (%)	5 (7,5)	10 (8,8)	
No tratado: n (%)	0 (0)	4 (3,5)	

Tabla 2. Comparación entre la CAR y NCAR de datos de hospitalización y cumplimentación de las demoras terapéuticas

	CAR (n = 67)	NCAR (n = 114)	p
Datos de hospitalización			
Ingresos: n (%)	10 (14,9)	98 (86)	< 0,001
Ingreso adecuado: n (%)	10 (100)	39 (34,2)	< 0,001
Días de ingreso: mediana (rango)	2 (1-4)	12 (7-15)	< 0,001
	CAR	NCAR	
Evaluación de demoras en días			
Tratamiento sistémico: mediana (rango)	32 (22-40)	23 (16-36)	0,07
Tratamiento quirúrgico: mediana (rango)	68 (40-86)	79 (47-93)	0,52
< 62 días hasta tratamiento: n (%)	53 (79,1)	90 (78,9)	0,66

Conclusiones: En nuestro medio el CAR de CP permite realizar, en la mayoría de los casos, todos los estudios de forma ambulatoria y en plazos de tiempo acordes con las recomendaciones existentes, optimizando los recursos sanitarios.

TABAQUISMO

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA TABÁQUICA Y EL GRADO DE MOTIVACIÓN?

N.L. Rodríguez Meleán¹, J.I. de Granda Orive¹, J.F. Pascual Lledó², S. Asensio Sánchez², M.I. Cienfuegos Agustín¹, C. Jiménez Ruiz³, S. Solando Reina⁴, M. García Rueda⁵, L. Lázaro Assegurado⁶, M. Martínez Muñoz⁷, S. Luhnning⁸, D. Bujulbasich⁹ y R. Pendino⁹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Unidad Especializada de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, Madrid, España. ⁴Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga, España. ⁶Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ⁷Hospital San Agustín, Avilés, España. ⁸Hospital de Córdoba, Córdoba, Argentina. ⁹Hospital de Rosario, Rosario, Argentina.

Introducción: Hipótesis: aquellos sujetos con mayor dependencia por el cigarrillo deberían tener menor motivación para dejar de fumar.

Objetivos: Evaluar la existencia de asociación entre el grado de dependencia tabáquica medido por el test de Fagerström (TF) y el grado de motivación para dejar de fumar.

Material y métodos: Estudio observacional, multicéntrico (6 hospitales terciarios, 3 secundarios y 1 Unidad de Tabaquismo Especializada) de pacientes consecutivos que acudieron a las consultas de tabaquismo de octubre/2014 a octubre/2015. Se recogieron variables demográficas y de estatus de fumador. Para medir dependencia tabáquica se utilizó el TF y para medir motivación para dejar de fumar, los test de Richmond (TR), del Hospital Henri Mondor de París (HHMP), de Khiwji-Watts (KW) y la escala analógica visual de motivación (EAV). Las variables cuantitativas se describen con medias (DE). El análisis estadístico se realizó mediante la obtención de los coeficientes de correlación bivariada de Pearson y de Spearman (distribución normal). Los casos estadísticamente significativos se representaron mediante un gráfico de dispersión y se obtuvo la relación mediante análisis de regresión lineal simple. Se utilizó el programa SPSS 15.0

Tabla 1. Coeficientes de correlación entre el test de dependencia al cigarrillo de Fagerström y los diversos tests de motivación para dejar de fumar¹

Test de motivación para dejar de fumar	Serie global	Sexo	
		Varones	Mujeres
Test de Richmond	318	146	156
	-0,039 (0,494)	-0,112 (0,179)	-0,028 (0,730)
	-0,028 (0,616)	-0,104 (0,210)	-0,007 (0,993)
Test de Motivación Hospital Henri Mondor	296	136	148
	-0,120 (0,039)	-0,092 (0,288)	-0,149 (0,071)
	-0,128 (0,027)	-0,089 (0,302)	-0,179 (0,029)
Test de Khiwji-Watts	319	146	157
	-0,169 (0,002)	-0,220 (0,008)	-0,165 (0,039)
	-0,158 (0,005)	-0,189 (0,023)	-0,176 (0,028)
Escala analógica visual	320	147	157
	-0,033 (0,557)	-0,062 (0,455)	-0,044 (0,581)
	-0,032 (0,567)	-0,047 (0,569)	-0,089 (0,268)

¹Se indican el tamaño muestra, debajo el coeficiente de correlación de Pearson y debajo el coeficiente de correlación de Spearman. Entre paréntesis se indica el grado de significación estadística (p).

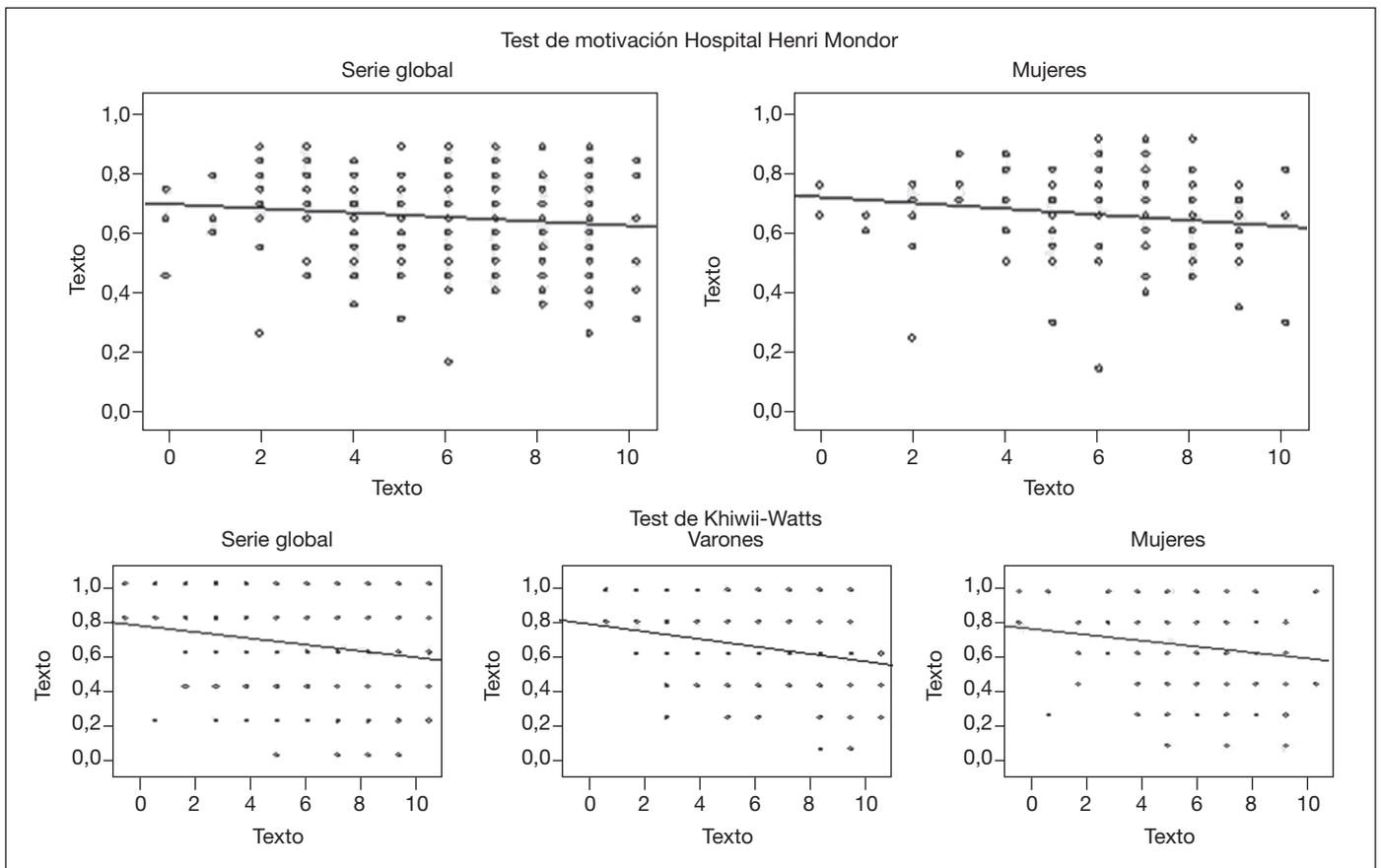


Figura. Asociación entre el test de dependencia al cigarrillo de Fagerström y diversos tests de motivación para dejar de fumar, con correlación estadísticamente significativa.

para Windows. Se consideró estadísticamente significativo un valor $\alpha < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 314 pacientes. La tabla 1 muestra los valores de los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman entre el TF de dependencia al cigarrillo y los diversos test de motivación para dejar de fumar, tanto para la serie global como por sexos, apreciándose que todas las asociaciones mostraron coeficientes de correlación negativos, sugiriendo que a mayor dependencia menor es la motivación para dejar de fumar; estas asociaciones sólo fueron estadísticamente significativas para el grado de motivación para dejar de fumar medido por el test del HHMP, sólo para las mujeres, y el medido por el test de KW. La tabla 2 muestra las estimaciones de los

Tabla 2. Estimaciones de los coeficientes de regresión de las regresiones lineales entre el test de dependencia al cigarrillo de Fagerström y los tests de motivación para dejar de fumar con correlación estadísticamente significativa

Tests de motivación para dejar de fumar	Coef. reg. (SE) (IC95%) ¹	R ² (%)*
Test de motivación Hospital Henri Mondor - Serie global	-0,154 (0,074) (-0,299 a -0,008)	0,014 (1,4)
Test de motivación Hospital Henri Mondor - Mujeres	-0,192 (0,106) (-0,401 a 0,017)	0,022 (2,2)
Test de Khiwji-Watts - Serie global	-0,205 (0,067) (-0,336 a -0,073)	0,029 (2,9)
Test de Khiwji-Watts - Varones	-0,260 (0,096) (-0,451 a -0,070)	0,048 (4,8)
Test de Khiwji-Watts - Mujeres	-0,206 (0,099) (-0,402 a -0,10)	0,027 (2,7)

¹Coef. reg: coeficiente de regresión. SE: error estándar del coeficiente de regresión. IC_{95%}: intervalo de confianza al 95% del coeficiente de regresión. *R²: coeficiente de correlación de Pearson al cuadrado; entre paréntesis se indica dicho valor en %, que expresa el% de explicación de la varianza de la asociación.

coeficientes de regresión lineal de las rectas que muestran la asociación entre el TF y los tests de motivación para dejar de fumar con significación estadística, así como el grado de explicación de la varianza de dicha asociación.

Conclusiones: Se sugiere que a mayor dependencia por el consumo de cigarrillos, menor es la motivación para dejar de fumar, siendo la asociación sólo significativa para el grado de motivación medido por el test del HHMP (sólo para las mujeres) y el medido por el Test de KW. Financiado mediante BECA SEPAR 2013.

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN CUANTO AL CONSUMO DE TABACO?

N.L. Rodríguez Meleán¹, J.I. de Granda Orive¹, J.F. Pascual Lledó², S. Asensio Sánchez², M.I. Cienfuegos Agustín¹, C. Jiménez Ruiz³, S. Solano Reina⁴, M. García Rueda⁵, L. Lázaro Asegurado⁶, M. Martínez Muñoz⁷, S. Luhning⁸, D. Bujulbasich⁹ y R. Pendino⁹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Unidad Especializada de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, Madrid, España. ⁴Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga, España. ⁶Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ⁷Hospital San Agustín, Avilés, España. ⁸Hospital de Córdoba, Córdoba, Argentina. ⁹Hospital de Rosario, Rosario, Argentina.

Objetivos: Analizar si existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de tabaco.

Material y métodos: Estudio observacional, multicéntrico (6 hospitales terciarios, 3 hospitales secundarios y 1 Unidad de Tabaquismo

Especializada) de pacientes consecutivos que acudieron a las consultas de tabaquismo, de octubre de 2014 a octubre de 2015. Se recogieron variables demográficas y de estatus de fumador. Las variables cualitativas se describen como valor absoluto y porcentaje, y las variables cuantitativas se describen con medias (DE). Para la comparación de valores medios se utilizó el test de la t-Student o el test de Welch o si no alcanzaba una distribución normal (test de Kolmogorov-Smirnov) el test de la U-Mann-Whitney. Se comprobó el supuesto de homogeneidad de las varianzas mediante el test de igualdad de las varianzas de Levene. El análisis se llevó a cabo con el programa SPSS 15.0 para Windows. Se consideró estadísticamente significativo un valor $\alpha < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 314 pacientes. En la tabla 1 se muestran los valores medios de las variables cuantitativas, para la serie global y por sexos, así como la comparación entre las puntuaciones medias entre sexos. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la cuantía de consumo de cigarrillos (cigarrillos/día), fumando los varones en promedio una cuantía de 3,3 cig/día más que las mujeres (IC95%: 0,9-5,6 cig/día, $p = 0,006$). También existen diferencias entre hombres y mujeres en el consumo acumulado (años/paquete), encontrando que los varones presentaron un consumo acumulado superior a las mujeres en 7,8 años/paq (IC95%: 2,1 a 13,5 años/paq). La tabla 2 muestra los valores porcentua-

Tabla 1. Valores medios de las variables cuantitativas para la serie global y por sexos, y comparación entre varones y mujeres¹

Variable	Serie global	Sexo		P ²
		Varones	Mujeres	
Edad	51,3 (10,8) (292) (25-77)	51,8 (10,9) (140) (27-77)	50,9 (10,8) (152) (25-76)	0,227
Consumo cig/día	23,1 (10,5) (309) (4-60)	24,8 (11,4) (148) (5-60)	21,5 (9,3) (161) (4-60)	0,006 3,3 (0,9 a 5,6)
Número de años fumando	34,8 (10,8) (285) (7-66)	35,5 (11,1) (134) (12-66)	34,2 (10,6) (151) (7-61)	0,314
Consumo acumulado (años-paq ⁴)	41,0 (24,3) (285) (4,2-141,0)	45,1 (26,4) (134) (6,3-141,0)	37,3 (21,7) (151) (4,2-132,0)	0,4663 30,007 7,8 (2,1 a 13,5)
Número de intentos previos de abandono	1,7 (1,6) (307) (0-12)	1,7 (1,7) (147) (0-12)	1,7 (1,5) (160) (0-10)	0,897
Número de intentos de abandono en el último año	0,2 (0,6) (305) (0-6)	0,3 (0,7) (146) (0-6)	0,2 (0,5) (159) (0-3)	0,272
Test de Richmond	7,9 (1,6) (312) (3-10)	7,9 (1,6) (151) (3-10)	7,8 (1,6) (161) (3-10)	0,706
Test de motivación del Hospital Henri Mondor	13,1 (2,8) (292) (3-18)	13,2 (2,9) (140) (5-18)	13,0 (2,7) (152) (5-15)	0,589
Test de motivación de Khijji-Watts	11,3 (2,6) (313) (5-15)	11,4 (2,6) (151) (5-15)	11,3 (2,7) (162) (5-15)	0,836
Escala analógica visual	7,9 (2,0) (314) (0-10)	8,0 (2,0) (152) (0-10)	7,8 (2,1) (162) (0-10)	0,422
Heaviness Smoking Index	3,6 (1,4) (309) (0-6)	3,7 (1,4) (148) (0-6)	3,5 (1,4) (161) (0-6)	0,28
Test de Fagerström	6,1 (2,1) (282) (0-10)	6,1 (2,3) (147) (0-10)	6,1 (2,1) (157) (0-10)	0,986

¹En cada casilla se indican por este orden: Media; primer (): Desviación estándar; segundo (): Tamaño muestral; tercer (): Rango. ²p: Grado de significación de la comparación de medias entre varones y mujeres. En el caso de significación estadística se indica el valor de la diferencia media y entre () el intervalo de confianza al 95% de dicha diferencia. ³Test robusto de Welch de igualdad de medias. ⁴años-paq: Años-paquete.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de las variables cualitativas para la serie global y por sexos, y comparación entre varones y mujeres¹

Variable	Serie global	Sexo		p ²
		Varones	Mujeres	
Test de Fagerström				
Dependencia baja (≤ 3)	2 (0,6)	1 (50,0) (0,7)	1 (50,0) (0,6)	9,897
Dependencia moderada (4-7)	124 (39,7)	58 (46,8) (38,4)	66 (53,2) (41,0)	
Dependencia alta (> 7)	186 (59,6)	92 (49,5) (60,9)	94 (50,5) (58,4)	
Test de Richmond versión 1				
Motivación no muy alta (0-4)	8 (2,6)	4 (50,0) (2,6)	4 (50,0) (2,5)	0,927
Motivación muy alta (5-10)	304 (97,4)	147 (48,4) (97,4)	157 (51,6) (97,5)	
Test de Richmond versión 2				
Motivación débil (0-5)	25 (8,0)	11 (44,0) (7,3)	14 (56,0) (8,7)	0,792
Motivación media (6-8)	172 (55,1)	86 (50,0) (57,0)	86 (50,0) (53,4)	
Motivación fuerte (9 o más puntos)	115 (36,9)	54 (47,0) (35,8)	61 (53,0) (37,9)	
Test de Richmond - Servicio Extremeño de Salud - Área Salud Badajoz				
Motivación baja (≤ 4)	8 (2,6)	4 (50,0) (2,6)	4 (50,0) (2,5)	0,431
Motivación media (5-6)	50 (16,0)	20 (40,0) (13,2)	30 (60,0) (18,6)	
Motivación alta (≥ 7)	254 (81,4)	127 (50,0) (84,1)	127 (50,0) (78,9)	
Test de Richmond - Servicio Andaluz de Salud				
Nulo o bajo (0-3)	2 (0,6)	1 (50,0) (0,7)	1 (50,0) (0,6)	0,952
Dudoso (4-5)	23 (7,4)	10 (43,5) (6,6)	13 (56,5) (8,1)	
Moderado (6-7)	101 (32,4)	48 (47,5) (31,8)	53 (52,5) (32,9)	
Alto (8-10)	186 (59,6)	92 (49,5) (60,9)	94 (50,5) (58,4)	
Test de motivación del Hospital Henri Mondor				
¿Es el momento? (≤ 6)	6 (2,1)	2 (33,3) (1,4)	4 (66,7) (2,6)	0,101
Oportunidades reales pero dificultades a tener en cuenta (7-12)	105 (36,0)	52 (49,5) (37,1)	53 (50,0) (34,9)	
Bastantes posibilidades (13-15)	121 (41,4)	50 (41,3) (35,7)	71 (58,7) (46,7)	
Muchas posibilidades (≥ 16)	60 (20,5)	36 (60,0) (25,7)	24 (40,0) (15,8)	
Test de Khimji-Watts				
Motivación débil (3-6)	7 (2,2)	2 (28,6) (1,3)	5 (71,4) (3,1)	0,567
Motivación media (7-11)	178 (56,9)	86 (48,3) (57,0)	92 (51,7) (56,8)	
Motivación fuerte	128 (40,9)	63 (49,2) (41,7)	65 (50,8) (40,1)	
HSI³ versión 1				
Dependencia muy baja (0-2)	54 (17,5)	26 (48,1) (17,6)	28 (51,9) (17,4)	0,296
Dependencia baja a moderada (3)	93 (30,1)	43 (46,2) (29,1)	50 (53,8) (31,1)	
Dependencia moderada (4)	82 (26,5)	34 (41,5) (23,0)	48 (58,5) (29,8)	
Dependencia alta (> 4)	80 (25,9)	45 (56,3) (30,4)	35 (43,8) (21,7)	
HSI versión 2				
Dependencia baja (0-1)	27 (8,7)	13 (48,1) (8,8)	14 (51,9) (8,7)	0,208
Dependencia media (2-4)	202 (65,4)	90 (44,6) (60,8)	112 (55,4) (69,6)	
Dependencia alta (5-6)	80 (25,9)	45 (56,3) (30,4)	35 (43,8) (21,7)	
HSI versión 3				
Dependencia baja (< 4)	147 (47,6)	69 (46,9) (46,6)	78 (53,1) (48,4)	0,748
Dependencia alta (≥ 4)	162 (52,4)	79 (48,8) (53,4)	83 (51,2) (51,6)	

¹En las casillas de la columna "Serie global" se indica el valor absoluto y entre () el porcentaje. En las columnas "Varones" y "Mujeres" se indica por este orden: Valor absoluto; primer () indica el porcentaje dentro de la Puntuación del Test de Fagerström, es decir, leída la tabla por filas; segundo () indica el porcentaje dentro del sexo, es decir, leída la tabla por columnas. Por ejemplo, de los 124 sujetos con dependencia moderada, 58 (46,8%) fueron varones y 66 (53,3%) fueron mujeres; por el contrario, de los 151 varones, 58 (38,4%) tuvieron un grado de dependencia tabáquica moderado medido por el Test de Fagerström, y de las 161 mujeres, 66 (41,0%) tuvieron dicho grado de dependencia al cigarrillo. ²p: Grado de significación. ³HSI: Heaviness Smoking Index.

les de las variables cualitativas para la serie global y por sexos, así como la comparativa entre varones y mujeres en cada una de dichas variables.

Conclusiones: Tanto la cantidad de cigarrillos fumados al día y el consumo acumulado de cigarrillos (años/paquete) ha mostrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de tabaco, no existiendo diferencias al comparar el resto de variables. Financiado mediante BECA SEPAR 2013.

¿SE RELACIONAN LOS PATRONES DE CONSUMO DE TABACO CON EL RESTO DE VARIABLES DEL ESTATUS DE FUMADOR?

M. Corral Blanco, V.C. Prudencio Ribera, M.E. Jarrín Estupiñán, I. Cienfuegos Agustín y J.I. de Granda Orive

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: Conocer el tipo y grado de dependencia al tabaco nos ayuda a saber las probabilidades que tiene un paciente de dejar de fumar y nos permite seleccionar el tratamiento farmacológico y psicológico más adecuado. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la relación que existe entre los patrones de consumo de tabaco, la historia clínica de tabaquismo y el grado de dependencia física, social, psicológica y gestual.

Características relacionadas con el consumo de tabaco

	Caladas profundas	Caladas superficiales	Valor p
Género hombre (%)	34/70 (48,6)	21/46 (46,7)	0,85
Edad (años)	53,7 ± 9,6	56,8 ± 7,9	0,75
Edad de inicio (años)	17,7 ± 5,1	16,7 ± 3,0	0,69
Cigarrillos/día (n°)	24,3 ± 11,6	27,1 ± 9,4	0,61
IPA	46,9 ± 32,4	54,8 ± 24,0	0,72
Cooximetría (ppm)	16,9 ± 9,5	20,4 ± 11,2	0,88
Test de Fagerström	6,0 ± 1,8	5,8 ± 1,6	0,41
Test UISPM			
Dependencia social	9,4 ± 4,3	7,8 ± ,6	0,26
Dependencia psicológica	4,5 ± 2,8	7,4 ± 3,4	0,97
Dependencia gestual	3,8 ± 3,0	2,6 ± 3,0	0,22
	Retiene el humo	No retiene el humo	Valor p
Género hombre (%)	11/19 (57,9)	45/97 (48,3)	0,54
Edad (años)	55,1 ± 10,9	54,9 ± 38,8	0,09
Edad de inicio (años)	16,5 ± 3,7	17,5 ± 34,6	0,89
Cigarrillos/día (n°)	27,7 ± 14,8	25,1 ± 310,1	0,73
IPA	56,9 ± 36,0	49,0 ± 328,3	0,28
Cooximetría (ppm)	18,6 ± 9,0	15,8 ± 310,4	0,25
Test de Fagerström	5,5 ± 2,3	6,0 ± 3,6	0,71
Test UISPM			
Dependencia social	11,1 ± 4,1	8,5 ± 34,4	0,07
Dependencia psicológica	9,0 ± 2,2	7,3 ± 33,1	0,18
Dependencia gestual	5,7 ± 3,2	3,1 ± 3,1	0,02
	Fuma hasta el filtro	No fuma hasta el filtro	Valor p
Género hombre (%)	34/69 (49,3)	22/47 (46,8)	0,85
Edad (años)	54,6 ± 9,2	55,5 ± 8,8	0,48
Edad de inicio (años)	16,4 ± 3,3	18,8 ± 5,6	0,13
Cigarrillos/día (n°)	26,1 ± 11,1	24,4 ± 10,4	0,02
IPA	51,6 ± 28,3	47,8 ± 31,3	0,18
Cooximetría (ppm)	18,5 ± 11,3	17,7 ± 8,3	0,99
Test de Fagerström	5,7 ± 1,8	6,2 ± 1,5	0,42
Test UISPM			
Dependencia social	9,5 ± 4,6	7,7 ± 4,0	0,02
Dependencia psicológica	7,9 ± 2,5	6,9 ± 3,8	0,40
Dependencia gestual	3,8 ± 3,3	2,9 ± 3,3	0,06

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los datos referentes al patrón de consumo recogidos en una consulta de deshabituación tabáquica desde Febrero de 2014 hasta Octubre de 2016. Se incluyeron todos los pacientes que tenían recogido el patrón de consumo de tabaco en su Historia Clínica. Para evaluar la dependencia física se utilizó el test de Fagerström y para evaluar la dependencia social, psicológica y gestual el Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid (UISPM).

Resultados: Se seleccionaron 116 pacientes que se agruparon en función de la profundidad de las caladas, si retenían el humo del cigarrillo y si fumaban hasta el filtro. De las variables analizadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de cigarrillos al día entre los pacientes que fumaban hasta el filtro respecto a los que no (26,1 vs 24,4; p = 0,01), en la dependencia social en ese mismo grupo (10,0 vs 8,0; p = 0,02) y en la dependencia gestual entre los que retenían el humo respecto a los que no (5,7 vs 3,1; p = 0,02). A pesar de que el resto de variables analizadas no presentaron diferencias estadísticamente significativas se puede apreciar cómo los pacientes que dan caladas profundas, retienen el humo y fuman hasta el filtro tienen una mayor dependencia social, psicológica y gestual. Por otro lado, los dos últimos grupos también presentan un patrón similar en cuanto a mayor consumo de cigarrillos al día, IPA y valor en la cooximetría con menor puntuación en el test de Fagerström a diferencia de lo que sucede con los que dan caladas profundas.

Conclusiones: 1) Los pacientes que fuman hasta el filtro tienen un mayor consumo de cigarrillos al día y mayor dependencia social respecto a los que se dejan parte del cigarrillo sin fumar. 2) Los pacientes que retienen el humo presentan una mayor dependencia gestual. 3) La tendencia en cuanto al consumo de cigarrillos al día, IPA, cooximetría y Fagerström es similar en los pacientes que retienen el humo y fuman hasta el filtro, siendo opuesta en los que dan caladas profundas.

ACTITUDES DE LOS ALUMNOS DE MEDICINA FRENTE AL TABACO

M. Entrenas Castillo¹, M.D. Rincón Galván², S. Martín Bote¹, C. Villalba Moral¹ y L.M. Entrenas Costa¹

¹UGC de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

Introducción: Un elemento importante en la lucha contra el tabaco es la actitud que los profesionales de la salud muestran en público. El objetivo del presente trabajo es explorar las actitudes que los alumnos de Medicina tienen frente al tabaco, así como el grado de conocimiento y cumplimiento de la ley antitabaco.

Material y métodos: Encuesta remitida los 765 alumnos matriculados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. Las preguntas exploraron los dominios hábito tabáquico, conocimiento de la ley y función modélica de los profesionales. Se obtuvieron 225 encuestas válidas (29,41%), lo que permite estimar un error del 5,49%, es decir, un nivel de confianza del 94,51%.

Resultados: De los 225 alumnos, 127 eran mujeres (56,4%) y 98 eran hombres (43,6%). La edad media fue de 22,19 años + 0,22 años. En relación al hábito tabáquico, el 79,6% no es fumador, frente al 8% que sí (p < 0,0001). El 10,2% dice que fuma ocasionalmente (de fiesta, los fines de semana...) y el 2,2% son exfumadores. Un 8,2% de los hombres eran fumadores frente a un 7,9 de las mujeres (p = 0,468). La media de años fumando fue de 4,45 + 3,34 años (1-14). En relación al número de cigarrillos consumidos al día el 44,4% de los habituales fumaba menos de 5 cigarrillos al día, el 44,4% entre 6 y 10 y el 11,2% entre 16 y 20. En cuanto a la exposición pasiva del tóxico el 64,9% no se consideran fumadores pasivos, frente al 35,1% que sí lo hacen (p < 0,0001). El 73,3% dice conocer la Ley Antitabaco, frente al 25,3% que admiten

no conocerla ($p < 0,0001$). Sin embargo, el 55,1% reconoce no saber que está prohibido fumar en las entradas y patio de la facultad, mientras que el 43,6% sí lo sabe ($p = 0,007$). Entre los fumadores, el 27,8% dicen no conocer la ley mientras que el 72,2% sí ($p = 0,039$). Respecto a la afirmación de si los profesionales sanitarios deben de dar ejemplo y no fumar, el 60,4% está muy de acuerdo, el 28% de acuerdo, el 9,3% poco de acuerdo y el 0,9% nada de acuerdo.

Conclusiones: La prevalencia del tabaquismo entre los alumnos es del 8%, aunque hay un 10,2% que fuma ocasionalmente. La media de años fumado es de $4,45 \pm 3,34$ años, con un 11,2% consumiendo de 16 a 20 cigarrillos diarios. El 35,1% se considera fumador pasivo. Un 73,3% dice conocer la Ley Antitabaco, aunque un 55,1% no sabe reconocer los lugares de la Facultad donde la Ley prohíbe fumar. Existe un preocupante 10,2% que está poco o nada de acuerdo en la función modélica de los profesionales de la salud frente al tabaco.

ACTIVIDAD ANTIMICOBACTERIANA *IN VITRO* EN SANGRE DE FUMADORES

E. de Freitas González, S. Blanco Conde, J.J. García, S. García García, E. López Fidalgo, J. Guerra Laso, C. Díez Tascón y O. Rivero Lezcano

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Introducción: El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más reconocidos de susceptibilidad a la tuberculosis. Sin embargo, se desconocen sus bases inmunológicas, lo cual dificulta el diseño de estrategias terapéuticas inmunomoduladoras efectivas.

Objetivos: Determinar si los componentes inmunológicos de la sangre de fumadores tienen una actividad antimicobacteriana deficitaria frente a infecciones por *Mycobacterium tuberculosis*.

Material y métodos: Se plantea el empleo de las fracciones de sangre celular y plasmática para la realización de infecciones *in vitro* con *Mycobacterium tuberculosis* de muestras obtenidas de dos grupos, fumadores y no fumadores. Se contaron el número de bacterias supervivientes tras su incubación en fracciones de sangre durante cuatro días. Para caracterizar la influencia de los componentes sanguíneos en la actividad antimicobacteriana, separamos por centrifugación la fracción celular y plasmática de la sangre y resuspendimos leucocitos de 15 fumadores en plasma de 6 fumadores y 6 no fumadores, e igualmente, leucocitos de 15 no fumadores en plasma de 6 fumadores y 6 no fumadores.

Resultados: En los leucocitos existe una diferencia significativa en cuanto a la menor capacidad antimicobacteriana en fumadores frente a no fumadores. En cambio, esta actividad no varía según los leucocitos hayan sido incubados en plasma de uno u otro grupo.

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	1,477	4	0,369	5,739	0,000
Intersección	1,437	1	1,437	22,339	0,000
T0 (bacterias inoculadas)	0,013	1	0,013	0,203	0,652
Fumador (leucocitos)	1,087	1	1,087	16,894	0,000
Tipo plasma	0,017	1	0,017	0,267	0,606
Fumador* Tipo plasma	0,025	1	0,025	0,381	0,538
Error	22,584	351	0,064		
Total	7,532,201	356			
Total corregida	24,061	355			

Conclusiones: Hemos obtenido evidencia *in vitro* de diferencias inmunológicas en cuanto a la menor capacidad antimicobacteriana en los leucocitos de fumadores. Dada la procedencia hematológica de

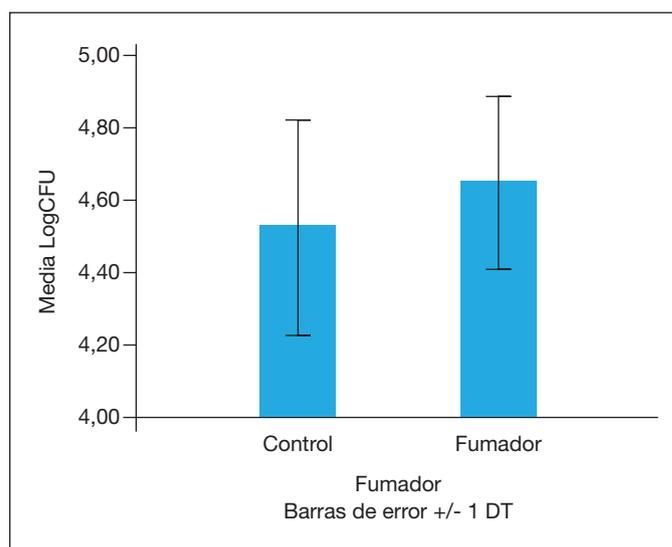


Figura. Capacidad antimicobacteriana en leucocitos.

muchas de las células inmunes que actúan en el parénquima pulmonar, estos resultados pueden ser relevantes al desarrollo de la tuberculosis.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS FUMADORES CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN UNA CONSULTA DE TABAQUISMO

A. Casal Mourinho, C. Rodríguez García, C. Rábade Castedo, T. Lourido Cebreiro, J.M. Álvarez Dobaño, A. Golpe Gómez y L. Valdés Cuadrado

CHUS, Santiago de Compostela, España.

Introducción: Existe una mayor prevalencia del consumo de tabaco en pacientes con enfermedad psiquiátrica. Dicha enfermedad no sólo fomenta el consumo de tabaco sino que fumar puede favorecer a la aparición de trastornos mentales. Estudios demuestran una mejoría de la ansiedad, el estrés y la depresión tras el abandono del tabaco. Por ello en los últimos años existe un incremento de pacientes con comorbilidades psiquiátricas que acuden a las consultas de deshabituación tabáquica. El objetivo del estudio es determinar el porcentaje de fumadores psiquiátricos en la consulta de Deshabituación Tabáquica del hospital y las características diferenciales con respecto a los pacientes sin comorbilidad psiquiátrica.

Material y métodos: Análisis descriptivo de una muestra de fumadores de la consulta de deshabituación tabáquica entre los años 2012 a 2016. Se verifica si existe una asociación entre enfermedad psiquiátrica y variables de diagnóstico del tabaquismo así como éxito de la intervención de cesación tabáquica a través de la prueba chi cuadrado y t-Student.

Resultados: Se realiza un análisis de 410 pacientes que acudieron a la consulta. Un 52% de ellos presentan patología psiquiátrica. De ellos tenían historia de depresión (34,5%), ansiedad (25%), trastornos en relación al consumo de otras drogas (15%) esquizofrenia (4%) y trastorno bipolar (4%) (tabla 1). Se compara el grupo de fumadores psiquiátricos ($n = 213$) vs no psiquiátricos ($n = 197$). Un 48% de los pacientes con patología psiquiátrica no desean realizar un intento serio de abandono en el próximo mes. Además los pacientes con comorbilidades psiquiátricas presentan una menor motivación, una menor autoeficacia y mayor dependencia a la nicotina que los pacientes que no presentan dichas comorbilidades. La abstinencia a los tres meses

es menor en pacientes psiquiátricos (43%). No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a abstinencia a los seis meses en ambos grupos (tabla 2). En el subgrupo de pacientes con depresión se evidencia una menor autoeficacia medida por la escala visual análoga con respecto al subgrupo de pacientes con ansiedad (4,71 ± 0,35 vs 5,11 ± 0,43, $p = 0,016$).

Tabla 1. Estadística descriptiva

Edad (años)	53,73 ± 11
Sexo (mujer)	36% mujeres
Nivel de estudios	70% nivel primario de estudios
Enfermedad psiquiátrica	52%
Fase de abandono	60% fase de preparación
Consumo actual de tabaco (cig/día)	17,7 ± 10,7
Consumo acumulado (paq-año)	42,50 ± 26,5
Patrón de inhalación	68% inhalación profunda
Intentos previos (nº)	0,72 ± 0,44
CO (ppm)	12 ± 10,1
Motivación (test de Richmond)	6,9 ± 1,2
Dependencia (FTND)	4,8 ± 1,9
Test de recompensa	56% negativo
Abstinencia a los 3 meses (%)	50%
Abstinencia a los 6 meses (%)	35%

Tabla 2. Análisis de las características diferenciales en fumadores con comorbilidad psiquiátrica vs no comorbilidad

	Comorbilidad psiquiátrica	Ausencia de comorbilidades	p
Fase de abandono-Preparación	52%	67%	0,00
Test de recompensa negativo	68%	43%	0,000
Escala visual de motivación	8,5 ± 0,23	9,1 ± 0,16	0,047
Escala visual de autoeficacia	4,97 ± 0,23	6 ± 0,2	0,001
Richmond	6,7 ± 1,2	7,2 ± 0,1	0,007
Test FTND de dependencia	5,05 ± 0,15	4,56 ± 0,15	0,023
Abstinencia a los 3 meses	43%	54%	0,041

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes de la consulta de Tabaquismo tienen enfermedad o comorbilidad psiquiátrica. Los pacientes con dichas patologías presentan más dificultades para realizar un intento serio de abandono. El éxito de la intervención de deshabituación tabáquica es menor en pacientes con patología psiquiátrica.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC. EFECTOS DEL ABANDONO DEL TABACO

C. Villar Laguna¹, C.A. Jiménez Ruiz¹, J.F. Pascual Lledó², A.M. Cicero Guerrero¹, M. Mayayo Ulibarri¹, M. Cristóbal Fernández¹, S. Solano Reina³, J.I. de Granda Orive⁴ y A. Iglesias Sanz⁵

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Comunidad de Madrid, Madrid, España. ²Hospital Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Unidad de Tabaquismo, Centro de Especialidades Hermanos Sangro, Madrid, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

Introducción: El CAT es un cuestionario validado para medir calidad de vida en pacientes con EPOC. Se sugiere que una variación de ≥ 2 unidades puede indicar un cambio clínicamente significativo en el estado de salud del paciente. Se ha propuesto la siguiente clasificación

gradual: una puntuación < 10 implica un bajo impacto de la EPOC en la calidad de vida del paciente. Una puntuación entre 10 y 20 implica un impacto medio y una puntuación > 20 indica un impacto alto. Analizar el efecto de dejar de fumar en la calidad de vida del fumador con EPOC que deja de consumir tabaco.

Material y métodos: Se incluye una serie de fumadores diagnosticados de EPOC que dejaron de fumar después de recibir tratamiento. Los sujetos habían cumplimentado el CAT en la visita basal antes de dejar de fumar y en la visita a los seis meses de seguimiento sin fumar.

Resultados: Se estudiaron 59 pacientes diagnosticados de EPOC, 27 varones (45,8%) y 32 mujeres (54,2%). De ellos 29 tenían puntuaciones de más de 20 (impacto alto en calidad de vida) en el CAT antes de dejar de fumar. Y cuando dejaron de fumar a los seis meses, en 24 sujetos (82,8%) pasaron a puntuaciones correspondientes a impacto medio (entre 10 y 20 puntos) y en 5 sujetos (15,2%) pasaron a puntuaciones correspondientes a impacto bajo (< 10 puntos). Para el total de la serie, el impacto en calidad de vida era bajo en el 16,9% de los sujetos antes de dejar de fumar, en tanto que después de dejar de fumar este porcentaje se incrementó al 55,9%. Ese cambio porcentual fue de un 39% (IC95%: 27,4 a 39%) y fue estadísticamente significativo ($p < 0,0001$). Del mismo modo, para la serie global, del 83,1% de sujetos que tenían impacto medio-alto en la situación basal, se pasó a un 44,1% a los 6 meses de abstinencia; es decir, se redujo dicho porcentaje en el mismo cambio porcentual antes mencionado.

Conclusiones: El abandono del consumo del tabaco en fumadores con EPOC redujo el impacto en calidad de vida de la enfermedad. En ningún paciente se observó impacto alto al dejar de fumar.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES FUMADORES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA QUE ACUDEN A NUESTRA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

M.I. Gorordo Unzueta¹, A. García Loizaga¹, S. Dorado Arenas¹, A. Aramburu Ojembarrena¹, L.V. Basualdo Martín¹, A.M. Sarria Pentón¹, A. Anton Ladislao² y P.P. España Yandiola¹

¹Servicio de Neumología; ²Unidad de Investigación, OSI Barrualde-Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: El tabaco es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo y control de las patologías respiratorias crónicas (PRC). El objetivo de este estudio es analizar las características de los fumadores con PRC que acuden a nuestra Consulta específica de deshabituación tabáquica.

Material y métodos: En mayo del 2015 comenzó a funcionar la Consulta específica de deshabituación tabáquica dirigida a pacientes fumadores con PRC. Está constituida por un neumólogo experto en Tabaquismo según SEPAR y enfermería cualificada. Durante los 6 primeros meses la consulta era quincenal y posteriormente se ha consolidado como semanal. La actividad realizada es terapia individual y telefónica, y la historia del paciente se recoge de forma prospectiva en la historia clínica informatizada.

Resultados: En 18 meses han acudido a nuestra consulta 92 pacientes, con un seguimiento posterior de 54 (58,7%), presentando PRC el 85,2%. Han conseguido dejar de fumar 33 (61,1%). Fundamentalmente son varones, 32 (59,3%), con una edad media de 54,2 años, no habiendo diferencias entre los que cesaron el hábito tabáquico y los que seguían fumando. La tabla muestra el análisis descriptivo de nuestra cohorte y las diferencias entre los que dejan de fumar y los que no lo consiguen.

Conclusiones: 1) La mayoría de nuestros pacientes asmáticos dejan de fumar. 2) El tener otras comorbilidades asociadas aumenta el éxito de cesación tabáquica. 3) Aunque se trata de los inicios de la implementación de una consulta específica, los resultados van acordes a los ya publicados en la literatura.

Análisis descriptivo y diferencias entre grupos

	N (%)	Cese		p-valor
		No N (%)	Sí N (%)	
Total	54	21 (38,89)	33 (61,11)	
Patología cardiaca (Sí)	13 (24,07)	3 (14,29)	10 (30,30)	0,1796
Patología respiratoria (Sí)	46 (85,19)	18 (85,71)	28 (84,85)	1,0000
EPOC (Sí)	25 (46,30)	13 (61,90)	12 (36,36)	0,0665
Asma (Sí)	14 (25,93)	1 (4,76)	13 (39,39)	0,0046
Bronquiectasias (Sí)	1 (1,85)	1 (4,76)	0 (0)	0,3889
Patología intersticial (Sí)	4 (7,41)	3 (14,29)	1 (3,03)	0,2871
Otros (Sí)	7 (12,96)	3 (14,29)	4 (12,12)	1,0000
Otras	17 (32,08)	3 (15,00)	14 (42,42)	0,0381
Cáncer sólido (Sí)	2 (3,77)	0 (0)	2 (6,06)	0,5210
Nefropatía (Sí)	2 (3,77)	0 (0)	2 (6,06)	0,5210
Patología digestiva (Sí)	5 (9,43)	0 (0)	5 (15,15)	0,1438
ACV/AIT (Sí)	1 (1,89)	0 (0)	1 (3,03)	1,0000
DM (Sí)	3 (5,66)	1 (5,00)	2 (6,06)	1,0000
Pat. vascular periférica (Sí)	1 (1,89)	1 (5,00)	0 (0)	0,3774
Enfermed. psiquiátricas (Sí)	4 (7,55)	1 (5,00)	3 (9,09)	1,0000
Paquetes/año*	33,96 (20,43)	36,00 (26,03)	32,73 (16,48)	0,8825
Test de Fagerström				
Puntuación total*	5,12 (2,24)	5,20 (2,48)	5,06 (2,11)	0,9455
Test de Richmond				
Puntuación total*	8,24 (1,57)	7,90 (1,77)	8,45 (1,41)	0,3180
CO*	16,98 (10,19)	17,93 (10,27)	16,48 (10,29)	0,6642

*Resultados mostrados como media (desviación estándar), †Resultados mostrados como mediana [rango intercuartil]. N: frecuencia, %: porcentaje.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE TABAQUISMO EN FUMADORES EPOC SEGÚN SEXO

M. Hidalgo Sánchez, A. Bellido Maldonado, M. Orta Caamaño, D.P. Rodríguez López, B. Gómez Parras, M. Jiménez Arroyo, Á. Losa García-Uceda, E. Morales Monrubia y J.A. Riesco Miranda

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada en nuestro país y particularmente en la mujer. El ingreso hospitalario por agudización en estos pacientes es un momento idóneo para la intervención sobre el tabaquismo que supone el factor etiopatogénico más importante. El objetivo de este trabajo ha sido realizar un estudio comparativo de las características del tabaquismo en varones y mujeres con EPOC ingresados en nuestro hospital.

Material y métodos: Se realiza un análisis descriptivo prospectivo de 6 meses de duración en el que se incluyen 40 pacientes ingresados en planta de Neumología con diagnóstico de EPOC que son fumadores activos. Se recogió un cuaderno de datos donde se incluyen variables referentes a carga tabáquica (cigarrillos/día, IPA, años fumando, nivel de CO), dependencia y recompensa (1^{er} cigarrillo del día, test de Glover-Nilsson, recompensa e intentos de abandono previos) así como comorbilidad psiquiátrica (cuestionario HAD ansiedad, HAD depresión e impulsividad mediante el test de Plutchik). Se analizaron las variables mediante el programa estadístico SPSS dividiendo la muestra según el sexo del paciente usando pruebas no paramétricas.

Resultados: Se analizaron 40 pacientes EPOC (30 varones y 10 mujeres) con una edad media de 64 años para los hombres y 48,8 años para las mujeres. En el análisis de variables referentes a la carga tabáquica, encontramos que los hombres presentaban mayor tendencia a llevar más años fumando, así como unos mayores niveles de CO. No encontramos diferencias en cuanto a la dependencia física ni la recompensa pero sí una mayor tendencia a la dependencia psicológica en las mu-

Diferencias entre pacientes EPOC fumadores hospitalizados según sexo

		EPOC varones	EPOC mujeres	p
N		30	10	
Edad		64	48,8	
Nº cigarrillos/día	< 5	0	0	0,63
	5- 20 cig	9	3	
	21-30 cig	11	4	
	> 30 cig	10	3	
IPA	< 5	0	0	0,18
	5-10	0	0	
	11-20	2	2	
	> 20	28	8	
Años fumando	< 5 a	0	0	0,03
	5-10 a	0	0	
	11-20 a	2	3	
	> 20 a	28	7	
Nivel CO	5-10	4	2	0,036
	11-20	13	8	
	21-30	11	0	
	> 30	2	0	
1er cigarrillo del día	0-5 min	5	0	0,14
	6-30 min	7	2	
	31-60 min	6	1	
	> 60 min	12	7	
Glover Nilsson	Leve	1	11	0,05
	Moderada	19	3	
	Alta	8	5	
	Muy alta	2	2	
Recompensa	Positiva	12	3	0,68
	Negativa	18	7	
Intentos de abandono	Sí	14	1	0,05
	No	16	9	
HAD ansiedad	Leve	14	1	0,01
	Moderada	10	2	
	Alta	6	7	
HAD depresión	Leve	20	3	0,03
	Moderada	7	2	
	Alta	3	5	
Plutchik	Baja	21	6	0,38
	Alta	9	4	

jer. En cuanto a los intentos previos de abandono, los hombres presentaban un mayor número. Al valorar la comorbilidad psiquiátrica, las mujeres presentaban unos niveles más altos de ansiedad y depresión respecto a los hombres (tabla).

Conclusiones: El perfil del fumador EPOC que ingresa por agudización corresponde a un varón de mayor edad que la mujer, con una historia de tabaquismo más prolongada, con niveles más elevados de CO y con menor dependencia psicológica y un mayor número de intentos de abandono que la mujer fumadora con EPOC.

CARACTERÍSTICAS, PREVALENCIA Y MOTIVOS PARA DEJAR Y SEGUIR FUMANDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. OBSERVACIÓN EN UNA PLANTA DE NEUMOLOGÍA

C. Álvaro Vegue¹, I. del Cañizo Lázaro¹, C. Folgado López¹, M.Á. Roncero Medina¹, D. López Padilla², V. Villena Garrido¹, S. Solano Reina², C. Jiménez Ruiz³ y J.I. de Granda Orive¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ³Unidad Especializada en Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, Madrid, España.

Objetivos: Conocer los motivos por los que los pacientes ingresados en Neumología fuman, y describir las características de fumadores, exfumadores y de las personas que nunca han fumado.

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes ingresados en planta de hospitalización de un hospital terciario de noviembre de 2015 a abril de 2016. Se entregó una encuesta anónima y voluntaria que incluía variables de carácter sociodemográfico, enfermedades de base y comorbilidades, status de fumador así como una lista de motivos por los que alegaban no abandonar el tabaquismo (adaptado de las escalas desarrolladas por la National Clearinghouse for Smoking and Health. Center for Disease Control, U.S.).

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 317 pacientes rechazando participar un 10,41% (33), de tal forma que al final fueron incluidos 284 pacientes. La tabla 1 resume las características demográficas y de fumador así como los motivos para dejar de fumar de los fumadores, exfumadores y nunca fumadores. En la tabla 2 se pueden observar las razones para continuar fumando. Los exfumadores presentaban un mayor riesgo de hipertensión arterial, cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y neoplasias que los fumadores, y mayor frecuencia de cardiopatías, EPOC y neoplasias que en aquellos que nunca habían fumado. El riesgo de padecer EPOC fue mayor en fumadores al compararlo con los que nunca habían fumado. En el total de la población hemos encontrado, al comparar hombres y mujeres, mayor prevalencia de asma ($p < 0,001$) y enfermedades psiquiátricas ($p < 0,05$) en mujeres y de EPOC ($p < 0,0001$), cardiopatías ($p < 0,05$) y diabetes ($p < 0,05$) en hombres. En el conjunto de fumadores y exfumadores las mujeres comenzaron a fumar más tarde [hombres 17,49 años (DE 8,15) vs mujeres 20,76 años (DE 9,66); $p < 0,05$] y presentaron un índice acumulado de tabaquismo menor [hombres 49,11 años/paquete (DE 27,34) vs mujeres 38,29 (DE 29,8); $p < 0,05$], habiendo encontrado lo mismo en los fumadores [mujeres 15,86 años (DE 5,12) vs mujeres 20,5 años (DE) 7,5; $p < 0,05$] y [hombres 46,13 años/paquete (DE 26,5) vs mujeres 28,9 (DE 19,7); $p < 0,05$].

Tabla 1. Características demográficas y de fumador

	Total 284	Fumadores 57 (20,1%)	Ex-fumadores 125 (44%)	Nunca fumadores 102 (35,9%)
Sexo	158 (55,6%)	37 (64,9%)	99 (79,2%)	22 (21,6%)
Edad (años)	66 (18-99)	58 (22-84)	71 (35-8)	66 (18-99)
Nivel estudios		Primarios 40 (70,2%) Secundarios 11 (19,3%) Universitarios 6 (10,5%)	Primarios 100 (80%) Secundarios 18 (14,4%) Universitarios 7 (5,6%)	
Inicio consumo (edad media)		17 años	19 años	
IPA medio		40 a/p (1-116)	49,2 a/p (1-117)	
Grado de dependencia*		HIS 0: 8; HIS 1: 4; HIS 2: 5; HIS 3: 11; HIS 4: 20; HIS 5: 5; HIS 6: 4		
Razones para dejar de fumar			Progresión de la enfermedad 63 (50,4%) Ingreso 25 (20%) Presión familiar 10 (8%) Consejo médico 10 (8%) Otros 17 (13,4%)	

Tabla 2. Razones para continuar fumando

Total: Hombres y mujeres (N: 57)	Hombres (N:37)	Mujeres (N:20)
Placer-relajación: 71,9%	Placer-relajación: 78,38%	Reducción de estados negativos: 90%
Adicción: 68,4%	Adicción: 70,27%	Adicción: 65%
Reducción de estados negativos: 64,9%	Reducción de estados negativos: 51,35%	Placer-relajación: 60%
Falta de motivación-ayuda: 26,3%	Estimulación: 27,03%	Falta de motivación- ayuda: 30%
Estimulación: 21,1%	Falta de motivación-ayuda: 24,32%	Refuerzo gestual: 15%
Refuerzo gestual: 17,5%	Refuerzo gestual: 18,92%	Falta de insight: 15%
Falta de insight: 15,8%	Falta de insight: 16,22%	Estimulación: 10%
Automatismo: 12,3%	Automatismo: 16,22%	Otros: 10%
Otros: 12,3%	Otros: 13,51%	Automatismo: 5%
Defensas-barreras-creencias: 7,0%	Defensas-barreras- creencias: 10,81%	Defensas-barreras- creencias: 0%

Conclusiones: Un 20,1% de los pacientes se declararon fumadores en el momento del ingreso. Globalmente continúan fumando por placer-relajación, adicción y reducción de estados negativos; siendo el principal motivo placer-relajación en hombres y reducción de estados negativos en mujeres. Se ha encontrado en exfumadores una mayor frecuencia de diversas patologías, siendo el EPOC más frecuente en fumadores.

COMORBILIDADES RESPIRATORIAS Y CARDIOVASCULARES EN PACIENTES TRATADOS CON VARENICLINA

N. Fouz Rosón, C. Panadero Paz, C. Benito Bernáldez, V. Almadana Pacheco, S. Montserrat García, Te. Montemayor Rubio y A. Valido Morales

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Vareniclina es uno de los fármacos más utilizados para dejar de fumar. Los pacientes reclutados en nuestra unidad tienen una mayor incidencia de patología cardiovascular y respiratoria que en otros estudios. Esto puede explicarse porque son derivados por otros neumólogos o médicos de familia. Nuestro objetivo fue valorar si estas comorbilidades influían en la eficacia del tratamiento con vareniclina.

Material y métodos: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, a 2 grupos, en la práctica clínica diaria de una Unidad de Tabaquismo. Se realizó una 1ª visita médica y soporte cognitivo-conductual en revisiones periódicas a los 15 días, 1º mes, 2º, 3º, 6º mes y un año. En nuestro estudio empleamos pautas cortas (de 8 semanas) a dosis de 1 mg cada 12h vs 0,5 mg cada 12h.

Resultados: No se observaron diferencias en cuanto a la distribución de las características basales en ambos grupos (tabla 1, $p > 0,05$). La tasa de abstinencia a un año fue del 46,5% con 1 mg vs 46,4% con 0,5 mg, $p = 1,0$. Se analizaron subgrupos de pacientes con patologías específicas (tabla 2). El tener SAHS, obesidad o patología cardiovascular no influyó en los resultados, ni globalmente ni con las diferentes pautas. Los pacientes con síndrome metabólico ($n = 27$) presentaron mejores tasas de abstinencia que los que no presentaban esta comorbilidad (74,1% vs 42,3%, $p = 0,01$). Respecto a las 2 pautas, respondían mejor a la dosis estándar (80% vs 66,7% con la dosis reducida, $p = 0,002$). Los pacientes con EPOC ($n = 162$, 33,5%) también dejaron de fumar más que los que no tenían esta patología, aunque no significativamente (52,5% vs 43,5%, $p = 0,067$). Sin embargo, el tener asma bronquial suponía más dificultad a la hora de dejar de fumar (26,8% vs 49,1%, $p = 0,005$).

Tabla 1. Características generales de la población incluida en el estudio

	1 mg/12h n = 245	0,5 mg/12h n = 239	Población total n = 484	
Varones/Mujeres	152/93	136/103	288/196	p = 0,25
Edad media (± desviación estándar)	50,54 (± 10,78)	51,18 (± 10,85)	50,67 (± 10,77)	p = 0,55
H ^a tabáquica (ICAT) ¹	38,35 (± 20,54)	36,64 (± 19,78)	37,50 (± 20,16)	p = 0,655
CO espirado inicial (ppm) ²	31,95 (± 15,17)	28,83 (± 14,18)	30,41 (± 14,75)	p = 0,346
Test de Fagerström ³	6,46 (± 2,13)	6,06 (± 2,29)	6,26 (± 2,22)	p = 0,772
Test de Richmond ⁴	8,03 (± 0,63)	8,11 (± 0,89)	8,07 (± 0,77)	p = 0,911
Test de ansiedad- depresión (HADS) ⁵	9,85 (± 4,62)/ 6,15 (± 4,35)	9,64 (± 4,32)/ 6,23 (± 4,33)	9,75 (± 4,47)/ 6,19 (± 4,34)	p = 0,668
Síndrome metabólico ⁶	15 (6,1%)	12 (5%)	27 (5,6%)	p = 0,95
Patología cardiovascular ⁷	32 (13,1%)	31 (13%)	63 (13%)	p = 0,976
SAHS ⁸	61 (24,9%)	60 (25,1%)	121 (25%)	p = 0,958
EPOC ⁹	79 (32,2%)	83 (34,7%)	162 (33,5%)	p = 0,563
Asma	23 (9,4%)	18 (7,5%)	41 (8,5%)	p = 0,463
Obesidad	36 (14,7%)	32 (13,4%)	68 (14,1%)	p = 0,693
Al menos un intento previo para dejar de fumar	141 (57,6%)	152 (63,6%)	293 (60,5%)	p = 0,49

¹ICAT: índice de consumo acumulado tabáquico (paquetes/año). ²ppm: partes por millón. ³Test de Fagerström: grado de dependencia de la nicotina. ⁴Test de Richmond: motivación para dejar de fumar. ⁵HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale. ⁶Síndrome metabólico: hipertensión arterial, dislipemia, Diabetes Mellitus. ⁷Patología cardiovascular: cardiopatía isquémica y/o enfermedad cerebrovascular. ⁸SAHS: síndrome de apneas-hipopneas del sueño. ⁹EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los p-valores están basados en los test de t de Student (variables cuantitativas, expresadas como media ± desviación estándar) y chi-cuadrado (variables cualitativas, expresadas como porcentaje). No se observaron diferencias en cuanto a la distribución de las características en ambos grupos (p > 0,05).

Tabla 2. Abstinencia según comorbilidades y pautas

Subgrupo	N	Abstinencia con comorbilidad	Abstinencia sin comorbilidad	p-valor	Abstinencia con 1 mg	Abstinencia con 0,5 mg	p-valor
Síndrome metabólico ¹	27	74,1%	42,3%	0,01	80%	66,7%	0,002
Patología cardiovascular ²	63	44,4%	46,8%	0,787	43,8%	45,2%	1
SAHS	121	43%	47,7%	0,4	45,9%	40%	0,58
EPOC	162	52,5%	43,5%	0,067	55,7%	49,4%	0,436
Asma	41	26,8%	49,1%	0,005	30,4%	22,2%	0,08
Obesidad	68	39,7%	47,6%	0,24	38,9%	40,6%	1
Total (n = 484)							

¹Síndrome metabólico: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus. ²Patología cardiovascular: cardiopatía isquémica y/o enfermedad cerebrovascular. Datos analizados al año, mediante el test de chi-cuadrado.

Conclusiones: Ambas pautas son igual de eficaces para dejar el tabaco, sin diferencias en las tasas de abstinencia. Los pacientes con síndrome metabólico tenían mejores resultados y más con la dosis estándar. No tenemos una explicación a este respecto, pero el diseño y el pequeño número nos hace sólo mencionarlo. En el más amplio grupo de pacientes con EPOC se vio que dejaban de fumar más que cuando no existía dicho proceso. Esto es más lógico, dada la causalidad del tabaco sobre su enfermedad y su influencia para sus síntomas. En el pequeño grupo de asmáticos ocurre lo contrario, que dejan de fumar significativamente menos que los no asmáticos. La edad más joven y la menor motivación podrían explicar estos hallazgos.

COMPARACIÓN ENTRE ENFERMOS VASCULARES Y RESPIRATORIOS EN NUESTRA UNIDAD DE TABAQUISMO

R. Godoy Mayoral, F.J. Callejas González, J. Cruz Ruiz, M. Genovés Crespo, A.J. Martínez García, F.J. Agustín Martínez, J.A. García Guerra, N. Gutiérrez González, W.M. Almonte Batista, S. García Castell y A.I. Tornero Molina

Hospital de Albacete, Albacete, España.

Introducción: El tabaco es causa y factor agravante de muchas enfermedades vasculares y respiratorias. El objetivo es analizar las características de ambas poblaciones y si influyen en el éxito o fracaso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la población que acudió a la Unidad de Tabaquismo del Complejo Hospitalario de Albacete entre el 2008 y 2012. Se estudiaron 482 pacientes de una población de 1.484, una vez excluidos los que no tenían ni patología respiratoria ni vascular conocida o los que tenían ambas. Se analizaron las variables: sexo, tipo de tabaco, HTA, DM, DLP, comorbilidad psiquiátrica, tipo de tratamiento, edad, n^o de cigarrillos, edad de inicio, intentos previos, dependencia mediante el test de Fagerström y motivación mediante el test de Richmond, cooximetría, tensión arterial sistólica y diastólica y valor porcentual del VEMS y de la capacidad vital. Se utilizó la chi cuadrado para estimar si había diferencias entre las muestras cualitativas y la t de Student entre las cuantitativas. Se fijó como significativa una p < 0,05.

Resultados: Hubo diferencias significativas en cuanto al sexo, el tipo de tabaco, los factores de riesgo cardiovascular, la edad, la cooximetría, la motivación, la tensión arterial sistólica.

Comparación enfermos respiratorio y vascular

	ER sí (402)	Vascular sí (80)	
Varón	241 (60%)	61 (76,3%)	p < 0,006
Mujer	161	19	
Edad	49,57 (DE 11,34)	54,34 (DE 9,81)	p < 0,001
Cig/día	25,88 (DE 12,08)	27,15 (DE 14,39)	p = 0,405
Edad inicio	16,74 (DE 4,39)	16,95 (DE 4,73)	p = 0,705
TAS	125,62 (DE 18,07)	130,56 (DE 19,81)	p < 0,028
TAD	77,34 (DE 12,08)	77,94 (DE 12,26)	p = 0,689
FEV1%	83,65 (DE 22,28)	85,94 (DE 19,97)	p < 0,612
FVC%	86,06 (DE 17,59)	84,36 (DE 14,21)	p < 0,628
HTA	93 (23,1%)	38 (47,5%)	p < 0,001
DM	60 (14,9%)	22 (27,5%)	p = 0,006
DLP	125 (31,1%)	51 (63,8%)	p < 0,001
Cpsiq	156 (38,8%)	35 (43,8%)	p = 0,409
Tabaco			
Rubio	290 (72,1%)	57 (71,3%)	p < 0,038
Negro	57 (14,2%)	9 (11,3%)	
Lights	44 (4,8%)	7 (8,6%)	
Otro	11 (1,2%)	7 (8,6%)	
Intentos previos	1,59 (DE 2,06)	1,93 (DE 2,84)	p = 0,221
Fagerström	6,08 (DE 2,3)	5,87 (DE 2,07)	p = 0,465
Richmond	7,96 (DE 1,55)	8,46 (DE 1,34)	p = 0,008
Cooximetría	17,54 (DE 9,83)	15,14 (DE 7,72)	p = 0,046
Tratamiento			
Ninguno	86 (21,4%)	24 (30%)	p = 0,321
TSN	120 (29,9%)	21 (26,3%)	
Bupropión	38 (9,5%)	2 (2,5%)	
VRN	151 (37,6%)	32 (4%)	
Otro	7 (1,7%)	1 (1,3%)	
Fracaso	45 (11,2%)	6 (7,5%)	p = 0,327

(Continúa)

Comparación enfermos respiratorio y vascular (cont.)

Éxito	71 (17,7%)	10 (12,5%)	p = 0,259
Inicio consumo (edad media)		17 años	19 años
IPA medio		40 a/p (1-116)	49,2 a/p (1-117)
Grado de dependencia*		HIS 0: 8; HIS 1: 4; HIS 2: 5; HIS 3: 11; HIS 4: 20; HIS 5: 5; HIS 6: 4	
Razones para dejar de fumar			Progresión de la enfermedad 63 (50,4%) Ingreso 25 (20%) Presión familiar 10 (8%) Consejo Médico 10 (8%) Otros 17 (13,4%)

Conclusiones: 1. Hay más porcentaje de varones entre los pacientes vasculares que entre los respiratorios y son de mayor edad. 2. Los enfermos vasculares tienen un porcentaje mayor de factores de riesgo cardiovascular y tienen valores de tensión arterial sistólica más elevados, pero no diastólica. 3. La función pulmonar no presenta diferencias entre los enfermos respiratorios y vasculares. 4. Existen diferencias en cuanto al tipo de tabaco y en cuanto al valor de la cooximetría, que es mayor en los enfermos respiratorios, y la motivación, que es mayor en los vasculares. 5. No existen diferencias en cuanto al tratamiento administrado ni en cuanto al resultado (éxito o fracaso).

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES INGRESADOS

M.I. Hernández Hernández¹, E.B. de Higes Martínez¹,
Á. Ramos Pinedo¹, B. Steen¹, A.J. Nistal Rodríguez¹,
J. Solano González¹, N. Echave Heras¹, I. Pérez Orbis¹
y E. Pérez Fernández²

¹Unidad de Neumología; ²Unidad de Investigación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

Introducción: El tabaco es la 1ª causa de muerte evitable en países desarrollados. La hospitalización es un momento óptimo para su abandono. Nuestro objetivo fue valorar la eficacia de una intervención oportunista para el abandono del tabaco en pacientes ingresados.

Material y métodos: Estudio observacional. Se reclutaron fumadores activos ingresados en Neumología y Cardiología entre mayo- octubre 2016. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y de consumo de tabaco. Se hizo una intervención conductual y se ofreció tratamiento farmacológico con terapia sustitutiva con nicotina (TSN) para el control de la abstinencia. Al alta se recomendó tratamiento para el abandono con seguimiento telefónico y/o presencial a las 2, 8, 12 y 24 semanas. Se evaluó abstinencia mantenida referida y abstinencia puntual confirmada por cooximetría al final del estudio. La última visita se realizó el 11/11/16 por lo que algunos pacientes no habían llegado a la semana 24. Se realizó análisis estadístico descriptivo con SPSS 17.0 y Kaplan-Meier para estimar el tiempo hasta la recaída.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes: edad media de 59 años; 66% varones. Un 26% de ingresos de Neumología eran fumadores activos (45% con patología por tabaco). Se realizó la intervención en el 63% de ellos. Los valores medios de hábito tabáquico fueron: consumo 57 paquetes-año, Fagerström 5 puntos, motivación 8 puntos (escala visual), Test de Minnesota 12 puntos, 2 intentos de abandono previos (80% sin tratamiento). Un 22% no reconoce el tabaquismo como problema de salud. Se pautó TSN al 72% de pacientes (46% parches, 70% comprimidos) y vareniclina al 4%. 20% rechazó tratamiento y 6% tenía

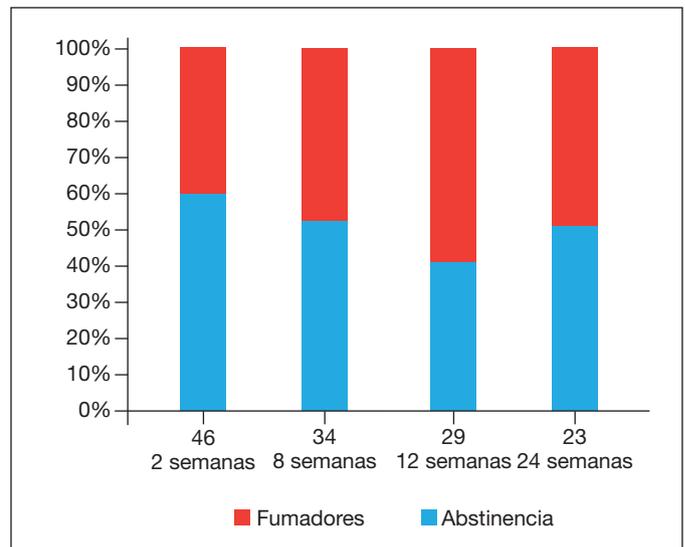


Figura 1.

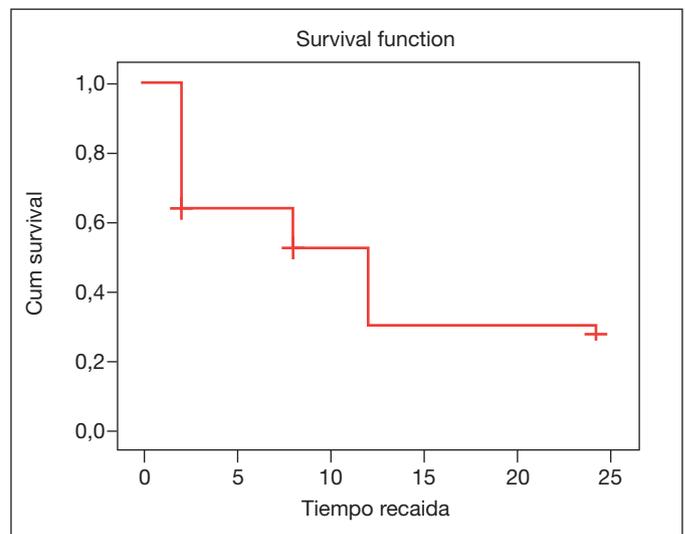


Figura 2.

contraindicación. Durante el ingreso todos refieren no fumar. Menos de 20% realizó tratamiento al alta y un 28% perdió seguimiento (14% tras recaída). La abstinencia mantenida fue 26% y la abstinencia puntual en la última visita 32%. La tasa de abstinencia por períodos se muestra en la figura 1 y el tiempo libre de recaída en la figura 2. El 73% recaen en las 8 primeras semanas. Los que recayeron reducen el consumo medio de 20 a 15 cig/día.

Conclusiones: El 26% de los pacientes ingresados en neumología eran fumadores activos, a pesar de que casi la mitad ya tenían una patología crónica asociada al tabaco. Intervenir en tabaquismo en la hospitalización fomenta la abstinencia al alta. Es fundamental el seguimiento en las primeras 8 semanas por ser el período con mayor riesgo de recaídas. La adherencia al tratamiento fue baja lo que pudo influir en las tasas de recaída.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE EPOC EN UNIDADES DE TABAQUISMO

C.A. Jiménez Ruiz¹, P. Vaquero Lozano², S. Solano Reina²,
J.I. de Granda Orive³, M. Arroyo Cozar⁴, C. Villar Laguna¹,
A.M. Cicero Guerrero¹, M. Mayayo Ulibarri¹ y M. Cristóbal Fernández¹

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Comunidad de Madrid, Madrid, España. ²Unidad de Tabaquismo, Centro de Especialidades Hermanos Sangro, Madrid, España. ³Servicio de Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital de Parla, Madrid, España.

Objetivos: Describir las características socio demográficas y de tabaquismo de un grupo de fumadores que acuden a 4 unidades de tabaquismo y que fueron diagnosticados de EPOC.

Material y métodos: Se incluye una serie de fumadores que acudieron a dejar de fumar a 4 Unidades de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. Se realizó espirometría forzada en aquellos que tenían 40 años o más y no estaban diagnosticados de EPOC. Se utilizaron criterios SEPAR para el diagnóstico de EPOC.

Resultados: Un total de 2.143 sujetos que acudieron a las unidades. De ellos 47% eran hombres. Su edad media fue 49,11 (12,3). 785 sujetos tenían 40 o más años de edad. En ellos se realizó espirometría. Se diagnosticaron un total de 141 casos de EPOC (18%). De los cuales 110 tenían EPOC leve/moderada (78%) y 31 EPOC grave (22%). Las características socio-demográficas y de tabaquismo de los 141 sujetos diagnosticados de EPOC fueron las siguientes: 85 (60%) eran hombres. Edad media: 46,1 (9,1), consumían una media de 23,4 (10,1) cigarrillos al día, llevaban de media 21,9 (11,3) años fumando. Tenían 7,8 (2,1) puntos de media en el test de Fagerström y el 88% de ellos consumía su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse. Su niveles medios de CO fueron 30,2 (12,1).

Conclusiones: Nuestros datos permiten dibujar el retrato-robot del fumador con EPOC: Hombre de 46 años que fuma más de 20 cigarrillos al día (alrededor de 23) durante más de 20 años y que tiene alto grado de dependencia por la nicotina.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN DIFERENTES ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

C. Villar Laguna¹, C.A. Jiménez Ruiz¹, J.F. Pascual Lledó², A.M. Cicero Guerrero¹, M. Mayayo Ulibarri¹, M. Cristóbal Fernández¹, S. Solano Reina³, J.I. de Granda Orive⁴ y A. Iglesias Sanz⁵

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Unidad de Tabaquismo, Centro de Especialidades Hermanos Sangro, Madrid, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

Introducción: Analizar la efectividad del tratamiento del tabaquismo en fumadores con diferentes enfermedades psiquiátricas.

Material y métodos: Se estudian una muestra de fumadores con patología psiquiátrica, Los sujetos recibieron asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico durante un periodo de 3 meses (vareniclina o terapia sustitutiva con nicotina o bupropion) y completaron un seguimiento de 6 meses.

Resultados: El grupo incluye un total de 354 casos de los cuales: 43 (12,3%) estaban diagnosticados de trastorno bipolar, 57 (16,3%) de esquizofrenia, 211 (60,5%) de depresión y 43 (12,6%) de otras enfermedades psiquiátricas (estas incluían fundamentalmente trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la personalidad y cuadros de ansiedad generalizada). La abstinencia a los seis meses de seguimiento en cada uno de estos grupos fue la siguiente: trastorno bipolar 9,0%, esquizofrenia 13,5%, depresión 62,2% y en otras enfermedades psiquiátricas 16,0%. El análisis de regresión logística mostró los siguientes resultados: 1) No había diferencias significativas entre los grupos de trastorno bipolar, depresión o esquizofrenia 2.- De forma casi significativa, los sujetos con "Otras enfermedades psiquiátricas", que no son "Esquizofrenia", "Depresión" o "Trastorno bipolar", tienen más probabilidades de "éxito" en dejar de fumar, OR 1,96 (IC95%: 0,97 a 3,95; p = 0,059).

Conclusiones: Los resultados sugieren que en pacientes con patología psiquiátrica más grave tienen menos posibilidades de éxito en el abandono del tabaco que aquellos con patología psiquiátrica menos grave.

EFFECTOS DEL CIGARRILLO ELECTRÓNICO SOBRE CULTIVOS CELULARES HUMANOS

P. Marques¹, J. Signes-Costa Miñana², A. Collado¹, M.C. González Villaescusa², E. Servera Pieras² y M.J. Sanz¹

¹Departamento de Farmacología; ²Servicio de Neumología, INCLIVA, Universidad de Valencia, Valencia, España.

Introducción: El efecto de los compuestos del cigarrillo electrónico (CE) sobre cultivos celulares humanos ha mostrado resultados no concluyentes. El propósito de nuestro estudio es evaluar el efecto de los diferentes componentes del CE, como el propilenglicol (PG), dietilenglicol (DG) y nicotina en dos estirpes celulares humanas; células endoteliales de la vena umbilical (HUVEC) y células epiteloides de adenocarcinoma alveolar (A459).

Material y métodos: Los estudios de citotoxicidad en HUVEC y A459 se llevaron a cabo mediante dos modelos: ensayo colorimétrico MTT y análisis de citometría de flujo de la apoptosis y supervivencia celular. Se expusieron las células a PG (0.01-3%) o DG (0.01-3%) durante 24h y se evaluó la citotoxicidad celular. El efecto de añadir nicotina (16%), también se evaluó. Los sobrenadantes se recogieron y se estudiaron los niveles de varios mediadores de la inflamación con el método ELISA. Las diferencias entre los grupos se analizaron mediante el test de la t de Student, muestras no pareadas.

Resultados: Los estudios en ambos tipos celulares revelaron una clara toxicidad de PG cuando se utilizaron concentraciones del 3%. Sin embargo, DG fue tóxico en todas las concentraciones analizadas. Basados en estas observaciones, se utilizó PG (1%) y DG (1%) para el resto del estudio, dado que ambos compuestos podían interactuar, a esas concentraciones, con las células vivas. El efecto citotóxico, mostrado al exponer las células a PG y DG, se incrementó al añadir nicotina (16%). El efecto citotóxico se observó, primordialmente, debido a la inducción de apoptosis celular. Además, la combinación PG/DG promovió la síntesis y liberación de CCL2/monocyte chemoattractant protein 1 (MCP-1) desde las células A549. Por último, la co-incubación con nicotina 16% dio lugar a un incremento del contenido de quimiocinas en el sobrenadante.

Conclusiones: Los componentes del CE, como el PG y su producto de combustión (DG), afectan la viabilidad celular y el estado de activación inflamatoria, a las concentraciones comúnmente halladas en el líquido del CE. Estos efectos se potencian con la presencia de nicotina. Becas: SAF2014-57845R Ministerio de Economía y Competitividad, fondos FEDER. Sociedad Valenciana de Neumología (SVN).

EPOC EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

A.M. Gómez Arenas, M.Á. Fernández Jorge y F. Oliveri Aruete

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España.

Introducción: En consulta de deshabituación tabáquica buscamos facilitar a los fumadores el abandono del tabaco. Informamos sobre los riesgos del hábito tabáquico, se estudian los grados de adicción y motivación. El 70% de los fumadores quieren dejar de serlo, sólo el 10% lo consiguen cada año. El objetivo del estudio fue determinar el nº de pacientes con EPOC que acuden a consulta de deshabituación tabáquica en el período desde el 2011 al 2015.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en pacientes que acuden a la consulta de deshabituación tabáquica entre 2011-2015. Los datos se recopilaron de las historias clínicas y de la base de la consulta de tabaco, recogimos variables demográficas (edad, género, EPOC/asma previo) y hábito tabáquico (paq/año, cig/día, intentos previos). Fueron estudiados funcionalmente mediante espirometría (FVC, FEV1/FVC, FEV1). Se calificaron como obstructivo cuando FEV1/FVC < 70% y la gravedad según Guía GOLD. El análisis estadístico se realizó con SPSS 20.0.

Resultados: Total de 332 pacientes, 164 (49,4%) hombres, 168 (50,6%) mujeres. Edad actual de los pacientes, mínima 19 y máxima de 74 años. Edad media 49,62 años (DE 10,3). Edad de inicio mínima 7 años y máxima 50 años, edad media de inicio 16,72 años (DE 4,94). Media de paquetes/año fumados 39,56 paq/año (DE 25,11). Menos de 29 años fumados: 52 hombres, 49 mujeres. Más de 29 años fumados: 112 hombres, 119 mujeres. Media de intentos previos de deshabituación: 1,99. Diagnosticados de EPOC previamente a la consulta: 52 en total (15,7%), 35 (67,3%) hombres y 17 mujeres (32,6%). Diagnosticados de asma previamente a la consulta: 7 (2,1%), 0 hombres y 7 mujeres. Patrón obstructivo en 93 pacientes (28,04%), 56 hombres y 37 mujeres. Nuevos diagnosticados de patrón obstructivo en consulta de deshabituación 41 pacientes (12,34%), 21 hombres (51,2%) y 20 mujeres (48,7%). Gravedad patrón obstructivo (FEV1 de GOLD) leve: 32 (34,4%), moderado 49 (52,6%), grave 11 (11,9%), muy grave 1 (1,07%).

Conclusiones: Acuden a consulta de deshabituación igual nº de hombres que de mujeres. Ambos con una media de 2 intentos previos de dejar de fumar. El IPA medio es de 39,56, supone un riesgo moderado de ca de pulmón. Algo más de 1/4 de los pacientes que acuden a la consulta tienen patrón obstructivo y más de la mitad una gravedad moderada según la Guía GOLD. Vimos un total de 93 pacientes EPOC (28,04%), 52 de diagnóstico previo, y 41 de diagnóstico en consulta, lo que indica que estas consultas son muy útiles para el diagnóstico precoz de EPOC.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN JÓVENES DE LA RIOJA

E. Hernando López¹, A.V. Alvarado Faria¹, R. Ruiz Ferreras¹, J. Redrado Ruiz¹, J.A. Molina Espejo¹, C. Nuez Vicente², A. Roncero Lázaro¹ y C. Ruiz Martínez¹

¹Servicio Riojano de Salud, Logroño, España. ²Gobierno de la Rioja, Logroño, España.

Introducción: Conocer el consumo de tabaco y sus características en los jóvenes es fundamental para planificar programas de prevención del tabaquismo. Es en esas edades cuando se inicia el consumo y se forman las actitudes hacia el uso del tabaco.

Objetivos: Conocer la prevalencia de tabaquismo y sus características en los jóvenes de La Rioja.

Material y métodos: Se ha realizado una encuesta anónima y voluntaria a una muestra de los jóvenes riojanos escolarizados durante el periodo de noviembre de 2014 a abril de 2015. Preguntamos por la edad de inicio, características del hábito tabáquico (frecuencia y cantidad de consumo), intento de cese, convivencia con fumadores y consumo de tabaco en el centro educativo.

Resultados: Contestaron a la encuesta 507 estudiantes, 289 mujeres (57,01%) y 218 varones (42,99%) con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. El mayor número de encuestados fue el grupo de 15 años y el grupo de 18 el menos representado. El 56% de estudiantes matriculados en bachillerato eran mujeres. La representación de las mujeres es más alta entre los alumnos de 16 o más años. Consumo diario: 38 alumnos de los 488 que respondieron esta pregunta (7,54%) fuman diariamente. Al preguntarles por el nº de cigarrillos diario por término medio, contestan 45 alumnos (8,10%), por lo que

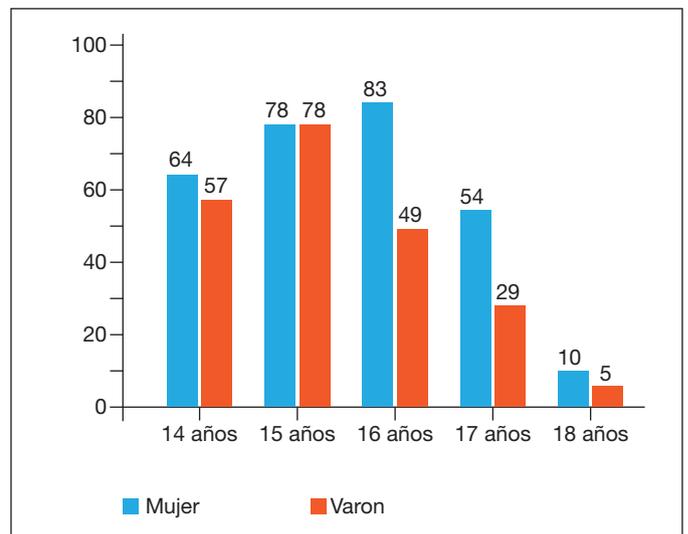


Figura 1. Composición de la muestra por edad y sexo.

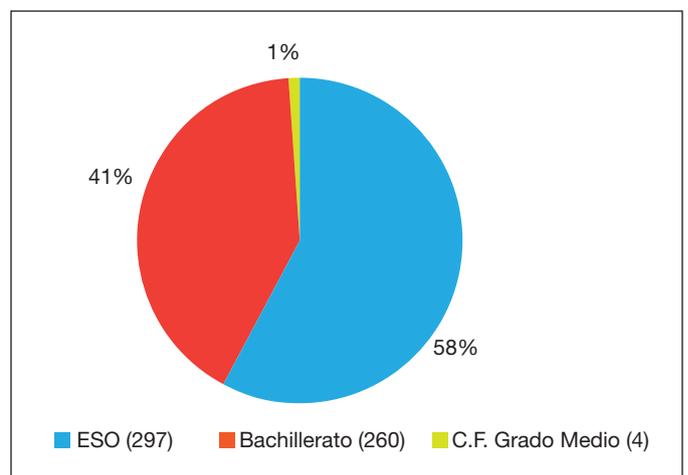


Figura 2. Tipo de estudios.

suponemos que aunque no sean fumadores diarios han calculado una media de consumo semanal. Casi el 89% fumar menos de 10 cigarrillos al día y el 64,50% fuma de 1 a 4 cigarrillos al día. Edad media de inicio de hábito tabáquico esporádico: 13,97 años. La mayoría empieza a fumar diariamente en torno a los 15 años seguidos de los 14 y 13 años. Se han planteado dejar de fumar el 43,10% de los fumadores, de los que el 54,20% lo han intentado. El 44,27% de los escolares viven en hogares donde se fuma diariamente. Fuman más madres (29,38%) que padres (26,15%).

Prevalencias del consumo de tabaco según sexo (%)

	Hombre	Mujer	Total La Rioja	España
Alguna vez en la vida	29,93	37,41	34,18	38,40
En los últimos 30 días	19,23	24,02	21,93	25,90
En los últimos 12 meses	26,97	32,52	30,12	31,40
Diariamente	6,89	8,05	7,54	8,90

Edad media de inicio de consumo diario

	Hombre	Mujer	Total
Edad media de inicio	13,8 años	14 años	14,11 años

Conclusiones: Los jóvenes riojanos comienzan a fumar y fuman menos en todos los parámetros de medida (alguna vez, último año, último mes) que el grupo nacional. Fuman más chicas que chicos, lo cual puede deberse a la mayor presencia femenina en los cursos de bachillerato. De los consumidores habituales (8,1%) el 89% fuman menos de 10 cigarrillos al día, cifra con la que suponemos que aún son fumadores con baja dependencia sobre los que podemos intervenir con más garantía, recalcando la importancia de mostrarles hábitos de vida saludables.

ESTUDIO DE TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES CON Y SIN EPOC

M. Hidalgo Sánchez, A. Bellido Maldonado, M. Jiménez Arroyo, M. Orta Caamaño, B.O. Gómez Parras, D.P. Rodríguez López, Á. Losa García-Uceda, E. Morales Manrubia y J.A. Riesco Miranda

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: El tabaquismo es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la EPOC. Estudios previos han descrito el perfil clínico del fumador con EPOC. El objetivo de nuestro estudio es hacer una valoración de posibles nuevos factores asociados al consumo de tabaco en fumadores con y sin EPOC.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo prospectivo de un año de duración en el que se incluyeron 101 pacientes de la consulta especializada en tabaquismo de nuestro centro. Se recogieron diferentes variables: datos espirométricos, edad, sexo, años fumados, IPA, tiempo en fumar el primer cigarrillo, nº cigarrillos fumados al día, tipo de recompensa, intentos previos de abandono y estudio del grado de ansiedad, depresión e impulsividad (HAD y Plutchik respectivamente). Las variables se analizaron posteriormente dividiendo a la muestra en dos grupos: EPOC y no EPOC utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se analizaron 101 pacientes, de los cuales, 39 tenían EPOC (30 varones y 9 mujeres), 58 no padecían EPOC (32 varones y 26 mujeres) y 4 de ellos asociaban cáncer de pulmón (4 varones). La edad media en los pacientes EPOC fue de 60,5 años mientras que en los no EPOC de 53,6 años y en los pacientes con Ca de pulmón 66 años (tabla 1). Se analizaron las variables referentes a carga tabáquica, dependencia y recompensa así como comorbilidad psiquiátrica. Se encontró que los pacientes con EPOC tenían mayor carga tabáquica con mayores niveles de IPA y mayor número de cigarrillos diarios así como una mayor dependencia nicotínica. En los pacientes no EPOC, encontramos que fuman predominantemente por recompensa negativa. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica no encontramos diferencias significativas en nuestra muestra (tabla 2).

Tabla 1. Características diferenciales de la muestra analizada

	EPOC	No EPOC	Ca pulmón	p
N	39 (38,6%)	58 (57,4%)	4(4%)	
Edad media	60,5	53,6	66	0,05
Sexo	30 hombres, 9 mujeres	32 hombres, 26 mujeres	4 hombres, 0 mujeres	0,025
Intentos previos abandono	Sí 15 No 24	Sí 24 No 34	Sí 0 No 4	0,25

Conclusiones: El estudio de variables relacionadas con la carga tabáquica, dependencia y recompensa así como la comorbilidad psiquiátrica es importante para definir de una forma más precisa el perfil de fumador que acude a consulta posibilitando elegir la mejor opción terapéutica y en consecuencia una mayor respuesta positiva al tratamiento.

Tabla 2. Estudio diferencial de tabaquismo entre pacientes EPOC y no EP

		EPOC	No EPOC	p	
Carga de tabaquismo	Años fumando	< 5 a	0	0	0,15
		5-10 a	0	1	
		11-20 a	5	19	
	Nº cigarrillos al día	> 20 a	34	38	< 0,001
		< 5 cig	0	0	
		5- 20 cig	12	40	
21-30 cig		15	16		
IPA	> 30 cig	12	2	0,05	
	< 5	0	0		
	5-10	0	1		
	11-20	4	19		
	> 20	35	38		
Dependencia y recompensa	1º cigarrillo del día	0-5 min	18	18	0,03
		6-30 min	7	28	
		31-60 min	9	9	
		> 60 min	5	3	
	Recompensa	Positiva	15	13	0,03
Negativa	24	45			
Comorbilidad psiquiátrica	HAD ansiedad	Leve	15	23	0,46
		Moderada	12	22	
		Grave	12	13	
	HAD depresión	Leve	23	36	0,8
		Moderada	9	15	
		Grave	7	7	
Plutchik impulsividad	Media	26	43	0,63	
	Alta	13	15		

EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL TABAQUISMO EN MÉDICOS JÓVENES (2002-2016)

A. Esteve Villar, P. Plaza Valía, R. Lera Álvarez, C. de Juana Izquierdo y E. Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: El objetivo es analizar la evolución de aspectos relacionados con el tabaquismo en un colectivo de médicos jóvenes en los últimos 14 años.

Material y métodos: Estudio comparativo de datos obtenidos en 2002 y 2016. Sujetos: médicos internos residentes de nuestro hospital. Método: encuesta anónima y voluntaria a los médicos residentes del hospital vía on line. Se recogieron datos demográficos, estatus tabáquico y si daban consejo antitabaco (CAT). A los fumadores: edad de inicio, consumo diario y fase de abandono. Los datos obtenidos se compararon con los ya conocidos en estudio realizado en 2002, también en médicos residentes. En la encuesta actual también se preguntó si se sentían bien formados en tabaquismo y si preguntan a sus pacientes por el estatus tabáquico.

Resultados: Contestaron 100 encuestas de 220 enviadas (45,4%) (83 encuestas en 2002). 66% mujeres (67% en 2002). La edad media fue de 28 en 2016 (27 en 2002). La prevalencia global de fumadores fue del 19% (34,9% en 2002). Nunca fumadores: 71% (61,5% en 2002). Exfumadores: 10% (3,6% en 2002). El consumo medio fue de 8 cigs/d (15 cigs./d en 2002). La edad media de inicio fue 17 en 2016 y 17 en 2002. El 35% de los médicos encuestados dan siempre CAT (69% en 2002), y el 4% nunca (3% en 2002). Respecto a la fase de abandono tabáquico, el 54% se hallaban en fase precontemplativa (72% en 2002). El 66% de los médicos encuestados no se sentían bien formados en tabaquismo. El 54% siempre preguntan a sus pacientes por el estatus tabáquico, el 25% casi siempre, el 17% a veces y el 4% nunca.

Conclusiones: 1. La prevalencia de médicos jóvenes fumadores ha disminuido significativamente respecto a hace doce años y es clara-

mente inferior a la de la población general, sobre todo si comparamos por grupos de edad. 2. El consumo medio es menor, pero están menos predispuestos a dejar de fumar ahora que hace 12 años. 3. El consejo antitabaco no se da de forma sistemática y se da menos. 4. Hay que reforzar la formación en tabaquismo.

FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO O AL FRACASO DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN FUMADORES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

C. Villar Laguna¹, C.A. Jiménez Ruiz¹, J.F. Pascual Lledó², A.M. Cicero Guerrero¹, M. Mayayo Ulibarri¹, M. Cristóbal Fernández¹, S. Solano Reina³, J.I. de Granda Oprive⁴ y A. Iglesias Sanz⁵

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Comunidad de Madrid, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Unidad de Tabaquismo, Centro de Especialidades Hermanos Sangro, Madrid, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

Introducción: Analizar los factores asociados al éxito o al fracaso del tratamiento del tabaquismo en un grupo de fumadores con patología psiquiátrica que acudieron a dejar de fumar a una Unidad de tabaquismo.

Material y métodos: Se estudian una muestra de fumadores con patología psiquiátrica. Los sujetos recibieron asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico durante un periodo de 3 meses (vareniclina o terapia sustitutiva con nicotina) y completaron un seguimiento de 6 meses.

Resultados: El grupo incluye un total de 349 casos: 134 varones (38,4%) y 215 mujeres (61,6%). Con una edad media (DE) de 49,6 (10,5) años. Fumaban una media de 28,3 (12,8) cigarrillos al día y tenían una media de 28,4 (16,2) ppm de CO en aire espirado. Su puntuación media en el test de Fagerström era fue 7,5 (2,3) y el 61% de ellos fumaba su primer cigarrillo a los cinco minutos después de levantarse. Los datos de abstinencia continua a los 6 meses fueron los siguientes: para el grupo en total: 44,7%. 215 sujetos utilizaron TSN, de ellos 84 tuvieron éxito (39%) y 131 recayeron (61%). 134 sujetos utilizaron vareniclina. De ellos 72 tuvieron éxito (52%) y 62 sufrieron recaída (46%). El análisis de regresión logística mostró los siguientes resultados: 1) Los varones tuvieron más probabilidades de éxito en dejar de fumar que las mujeres, OR de 1,85 (IC95%: 1,12 a 3,04; p = 0,016), 2) A mayor nivel de CO en aire espirado, menor probabilidad de "éxito" para dejar de fumar (OR: 0,98; IC95%: 0,96 a 0,99; p = 0,007). 3) A

mayor nivel de consumo de tabaco en cig/día, menor probabilidad de "éxito" (OR: 0,98; IC95%: 0,96 a 1,00; p = 0,045).

Conclusiones: Los resultados sugieren que en pacientes con patología psiquiátrica ser varón, tener bajos niveles de CO en aire espirado y fumar pocos cigarrillos diarios se acompaña de mayores posibilidades de éxito.

HÁBITO TABÁQUICO EN EL PERSONAL SANITARIO Y CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA DEL ESPACIO LIBRE DE HUMOS

A. Ruiz Martín, E. Cabrera César, N. Reina Marfil, M.C. Vera Sánchez, L. Piñel Jiménez, M.C. Fernández Aguirre, J.L. Velasco Garrido y M.V. Hidalgo Sanjuán

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica, que produce adicción y tiene alta prevalencia. Los hospitales son espacios libres de humos que promueven la salud, la prevención, el control y tratamiento del tabaquismo. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia y características del hábito tabáquico en el personal sanitario, así como el conocimiento que éstos tienen de la normativa del espacio libre de humos y su grado de cumplimentación.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, con una muestra de 406 trabajadores del hospital Virgen de la Victoria de Málaga a través de encuestas distribuidas, analizándose variables epidemiológicas referentes al hábito tabáquico y al conocimiento de la normativa del espacio libre de humos.

Resultados: Un 53,4% del personal sanitario eran no fumadores, 23,2% eran exfumadores y 23,4% fumadores, con una media diaria de 12 cigarros y una edad media de 44,97 años. Fumadores activos eran el 17,1% de los varones y un 26,8% de las mujeres. La distribución del hábito tabáquico por categoría profesional se refleja la figura, destacando que en el grupo de celadores y auxiliares había más fumadores activos que en el resto. En cuanto al conocimiento de la ley de un espacio libre de humos, el 70,9% conocía la normativa, en su mayor parte enfermeros y auxiliares. Un 29,2% no conocía dicha ley. De los conocedores un 61,3% les parecía que se cumplía frente a un 38,7% que opinaban que se cumplía poco o nada. Estos datos en función de la profesión se contemplan en la tabla. Cuando se les preguntaba su deseo de asistir a consultas especializadas para dejar de fumar sólo un 56,5% expresaban querer acudir.

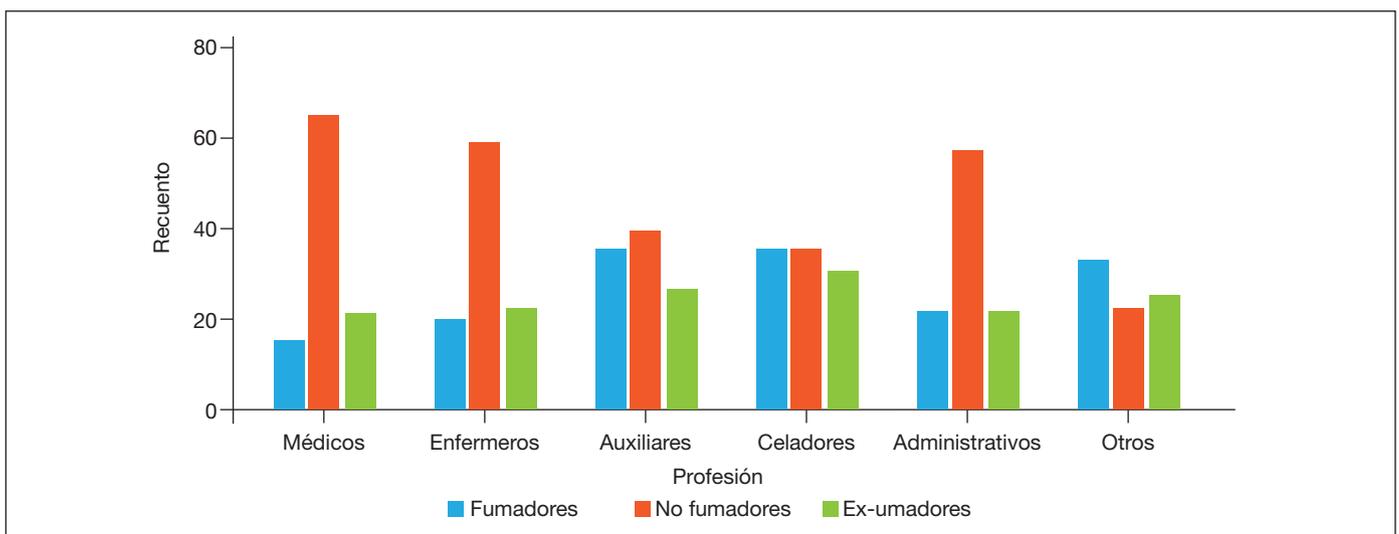


Figura. Consumo de tabaco entre las distintas categorías profesionales.

Conocimiento y opinión sobre el cumplimiento de la normativa entre las categorías profesionales

Profesión	Médicos	Enfermeros	Auxiliares	Celadores	Administrativos	Otros	Total
Conocimiento normativa	55,3%	84,1%	83,3%	82,6%	56,2%	71,4%	70,9%
Cumplimiento normativa	50%	63,9%	57,3%	65,2%	69,2%	37,5%	61,3%

Conclusiones: La prevalencia de fumadores es mayor en la población general que en nuestro hospital. Con respecto al sexo, hay más mujeres fumadoras mientras que en la población general hay más hombres. Considerando el puesto de trabajo, hay más fumadores entre los celadores y los auxiliares. A pesar de que la mayor parte de sujetos conocían la normativa de un espacio libre de humos, poco más de la mitad opinaban que se cumplía, por lo que hay que seguir fomentando tanto el conocimiento de esta ley como su cumplimiento. Sólo algo más de la mitad de fumadores desean ayuda especializada para dejar de fumar.

IMPLICACIONES DEL GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN UNA CONSULTA DE CESACIÓN TABÁQUICA

V. Riveiro Blanco, C. Rábade Castedo, C. Rodríguez García, J.M. Álvarez Dobaño, T. Lourido Cebreiro, F.J. González Barcala, A. Golpe Gómez y L. Valdés Cuadrado

CHUS, Santiago de Compostela, España.

Introducción: La prevalencia del tabaquismo en las mujeres se ha mantenido constante en los últimos años. Estudios recientes demuestran diferencias en el consumo de tabaco, en las variables diagnósticas del tabaquismo y en la respuesta al tratamiento farmacológico de cesación tabáquica en mujeres con respecto a varones. El propósito del estudio es determinar el patrón de consumo de tabaco, las características del fumador, las variables asociadas al diagnóstico y la respuesta al tratamiento farmacológico en mujeres y en varones en una consulta de Tabaquismo.

Material y métodos: Análisis descriptivo de una muestra de fumadores procedentes de atención primaria y especializada para abandonar el consumo de tabaco. Se verifica si existe asociación entre las variables diagnósticas del tabaquismo y abstinencia con el género del paciente utilizando el test chi-cuadrado y t-Student.

Resultados: Se analiza una muestra de 436 pacientes (tabla 1). Se compara el grupo de mujeres: (n = 157) vs varones (n = 279). Se observan diferencias significativas entre mujeres y varones en antece-

Tabla 1. Estadística descriptiva

Edad (años)	53,73 ± 11
Sexo (mujer)	36% mujeres
Nivel de estudios	70% nivel primario de estudios
Enfermedad psiquiátrica	52%
Fase de abandono	60% fase de preparación
Consumo actual de tabaco (cig/día)	17,84 ± 11,7
Consumo acumulado (paq-año)	42,40 ± 28,5
Patrón de inhalación	68% inhalación profunda
Intentos previos (n°)	0,72 ± 0,44
CO (ppm)	11,67 ± 10,1
Motivación (test de Richmond)	6,96 ± 1,2
Dependencia (FTND)	4,8 ± 1,9
Test de recompensa	57% negativo
Abstinencia a los 3 meses (%)	50%
Abstinencia a los 6 meses (%)	35%

dentos de enfermedad psiquiátrica y enolismo, nivel de estudios, fase de abandono, patrón de inhalación, ambiente familiar de fumadores, motivación y autoeficacia, duración de abstinencia en intentos previos y porcentaje de abstinencia (tabla 2). No se observan diferencias estadísticamente significativas en la dependencia física medida por el FTND ($4,77 \pm 0,13$ en varones vs $4,84 \pm 0,18$ en mujeres, $p > 0,05$) ni en el número de intentos previos ($1,67 \pm 0,14$ en varones vs $1,38 \pm 0,13$ en mujeres, $p > 0,05$).

Tabla 2. Asociación entre características del tabaquismo y la respuesta al tratamiento con el género de los pacientes

	Varones	Mujeres	p
Nivel de estudios	Bajo: 77,5%	Bajo: 55%	0,000
	Medio: 10%	Medio: 30%	
	Alto: 12%	Alto: 13%	
Enfermedad psiquiátrica	44%	66%	0,000
Enolismo asociado	51%	13%	0,000
Fase de abandono	Preparación: 64%	Preparación: 49,6%	0,000
	Contemplación: 25,7%	Contemplación: 46,8%	
Patrón de inhalación	Superficial: 21,4%	Superficial: 50%	0,004
	Profundo: 78,5%	Profundo: 50%	
Test de recompensa	Negativo: 50,5%	Negativo: 68,1%	0,004
	Positivo: 49,4%	Positivo: 31,8%	
Ambiente familiar de fumadores	39%	56%	0,01
Consumo acumulado (paq-año)	$50,76 \pm 1,77$	$38,35 \pm 1,8$	0,000
Motivación	$7,07 \pm 0,1$	$6,7 \pm 0,1$	0,055
Autoeficacia	$5,9 \pm 0,2$	$4,7 \pm 0,3$	0,000
Duración de los intentos previos de abandono	$83,26 \pm 12,5$	$48,42 \pm 9,5$	0,027
Abstinencia a los 6 meses	37%	26%	0,047

Conclusiones: 1. Existe un patrón de consumo diferente en el género femenino que en el masculino. 2. Las mujeres fumadoras presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica, una menor autoeficacia, una menor motivación y una mayor exposición a ambientes familiares de humo. 3. Las mujeres presentan una menor abstinencia a los 6 meses y un mayor porcentaje de recaídas.

INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSIQUIÁTRICOS EN EL TRATAMIENTO CON VARENICLINA

N. Fouz Rosón, C. Panadero Paz, V. Almadana Pacheco, C. Benito Bernáldez, S. Montserrat García, T. Montemayor Rubio y A. Valido Morales

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Hace algunos años, existía una preocupación generalizada acerca del posible aumento de síntomas psiquiátricos con vareniclina, sin embargo, esto no se confirmó en el estudio EAGLES, recientemente publicado en 2016 por Anthenelli et al. Nuestros objetivos fueron: comparar la eficacia del tratamiento en pacientes con patología psiquiátrica y consumo de drogas vs aquellos sin estas patologías; comparar dosis estándar vs dosis baja para evaluar si alguna de ellas podría presentar algún beneficio en estos pacientes y valorar la evolución de parámetros psiquiátricos, en especial la escala hospitalaria de ansiedad/depresión (HADS), a lo largo del tratamiento y en el seguimiento a un año

Material y métodos: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, a 2 grupos, en la práctica clínica diaria de una Unidad de Tabaquismo. Se realizó una 1ª visita con el neumólogo y soporte cognitivo-conductual en revisiones con la psicóloga a los 15 días, 1º, 2º, 3º, 6º mes y a un año.

Tabla 1. Tasas de abstinencia según patología psiquiátrica y pautas

Subgrupo	N	Abstinencia con patología	Abstinencia sin patología	p-valor	Abstinencia con 1 mg	Abstinencia con 0,5 mg	p-valor
Ansiedad-depresión	109	41,3%	49%	0,154	37,5%	44,3%	0,094
Otra patología psiquiátrica*	32	37,5%	47,9%	0,277	30,8%	42,1%	0,171
Adicción a drogas	35	34,3%	48,2%	0,078	31,6%	37,5%	0,118
Total (n = 484)							

*Otra patología psiquiátrica: trastorno bipolar o esquizofrenia. Datos analizados al año, mediante el test de chi-cuadrado.

Tabla 2. Evolución de la escala de HADS*

	Inicio			3 meses			1 año		
	Total (n = 484)	1 mg (n = 245)	0,5 mg (n = 239)	Total (n = 484)	1 mg (n = 245)	0,5 mg (n = 239)	Total (n = 484)	1 mg (n = 245)	0,5 mg (n = 239)
Población general (n = 484)	9,75 ± 4,47/6,19 ± 4,34	9,85 ± 4,62/6,15 ± 4,35	9,64 ± 4,32/6,23 ± 4,34	5,87 ± 3,02/3,38 ± 2,94	6,1 ± 3,18/3,48 ± 3,02	5,64 ± 2,85/3,28 ± 2,86	4,46 ± 2,79/2,59 ± 2,24	4,69 ± 2,91/2,84 ± 2,43	4,23 ± 2,66/2,33 ± 2
Evolución según subgrupos:	HADS al inicio			HADS a los 3 meses			HADS a 1 año		
Síndrome de ansiedad/depresión (previamente diagnosticado) (n = 109)	11,92 ± 4,23/8,09 ± 4,427			6,85 ± 2,79/4,11 ± 3,094			4,64 ± 2,554/3,22 ± 2,474		
Otra patología psiquiátrica (trastorno bipolar o esquizofrenia) (n = 32)	10,91 ± 3,115/7,56 ± 4,318			7,83 ± 3,129/5 ± 4,178			6,27 ± 2,796/2,82 ± 1,834		
Adicción a drogas (n = 35)	11,06 ± 5,291/7,63 ± 4,905			5,64 ± 2,378/3,64 ± 3,075			3,29 ± 2,059/1,86 ± 1,215		

*Escala hospitalaria de ansiedad/depresión (HADS): media ± desviación estándar: las puntuaciones para cada subescala van de 0 a 21: ≥ 11 se considera problema clínico, ≥ 8 posible problema clínico y ≤ 7 normal. Se observó una reducción de un poco más del 50% en las escalas de ansiedad y depresión en la población general con ambas pautas, desde el inicio del estudio hasta el final del periodo de seguimiento. En el subgrupo de adicción a drogas la disminución de la puntuación en las escalas de ansiedad y depresión fue incluso más llamativa (7,77 puntos y un 70,25% en la escala de ansiedad y 5,77 puntos y un 75,62% en la escala de depresión).

Se emplearon pautas cortas (de 2 meses) a dosis de 1 mg/12h vs 0,5 mg/12h.

Resultados: De los 109 pacientes previamente diagnosticados de ansiedad-depresión, un 41,3% dejó de fumar vs un 49% de los que no presentaban dicha patología ($p = 0,154$), observándose una tendencia a una mejor abstinencia con la dosis reducida (44,3% vs 37,5% con dosis estándar, $p = 0,094$) (tabla 1). Otras patologías psiquiátricas (trastorno bipolar y esquizofrenia) o la adicción a drogas no influyeron en los resultados, ni globalmente ni con las diferentes pautas. En cuanto a la evolución de los parámetros psiquiátricos, se realizó el cuestionario HADS tanto al comienzo como a los 3 meses y al año y se observó una reducción de algo más del 50% en ambas escalas al final del periodo de seguimiento respecto al inicio del programa (tabla 2). En el subgrupo de adicción a drogas la disminución de la puntuación del HADS fue incluso más llamativa (70,25% en la escala de ansiedad y 75,62% en la de depresión).

Conclusiones: Ambas pautas (estándar y media dosis) son igual de eficaces, logrando con ambas una tasa de abstinencia similar. En el amplio grupo de ansiedad-depresión había una tendencia a mejores resultados con la dosis baja, pero sin alcanzar la significación estadística. Esto podría explicarse por el hecho de que estos pacientes ya toman varios medicamentos de acción central; podría ser que el uso de dosis más bajas les provoque menos interacciones medicamentosas y menos efectos secundarios, con una mejor tolerancia al fármaco.

PACIENTES EPOC DE RECIENTE DIAGNÓSTICO PROCEDENTES DE UNA CONSULTA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

M. Hidalgo Sánchez, A. Bellido Maldonado, D. Chipayo Gonzales, M.J. Romero Castro, J.J. Gómez Barrado y J.A. Riesco Miranda

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada en nuestro país estimándose que en torno a un 70% de la población, desconoce que la padece y en consecuencia no recibe tratamiento. La EPOC coexiste con frecuencia con la comorbilidad cardíaca teniendo un importante papel en el pronóstico de la enfermedad. De esta forma, la consulta de tabaquismo en el programa de rehabilitación cardíaca puede contribuir a mejorar el diagnóstico precoz de la EPOC.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo de un año de duración donde se incluyeron 100 pacientes con afectación cardiovascular fumadores activos o ex fumadores que fueron derivados a consulta de Neumología desde Rehabilitación cardíaca para descartar EPOC. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, enfermedad cardiovascular asociada, IPA, estado de fumador, FEV1, FVC, FEV1/FVC, CAT, MRC, COPDps y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes, de los cuales, 35 fueron diagnosticados de EPOC. 32 de ellos fueron hombres y 3 mujeres. La edad media de los pacientes EPOC fue de 61,65 años mientras que en los pacientes no EPOC fue de 58,2 años. En los pacientes EPOC se observó una mayor afectación del FEV1. En cuanto a la comorbilidad cardiovascular, la cardiopatía isquémica prevaleció más en los no EPOC mientras que la Insuficiencia cardíaca, la FA, la HTA y la arteriopatía periférica eran más frecuentes en EPOC. Mayor grado de disnea medido por el MRC así como mayor afectación de la calidad de vida fue se observó en los pacientes EPOC. El cuestionario COPDps mostró ser un buen predictor de la EPOC (tabla).

Conclusiones: En nuestra muestra de 100 pacientes con hábito tabáquico y enfermedad cardiovascular, el 35% fueron diagnosticados de EPOC. El perfil de EPOC procedente de rehabilitación cardíaca es un varón, con edad media de 61 años, con carga tabáquica acumulada importante y con una disminución moderada del FEV1, en el que la patología cardiovascular más predominante es la insuficiencia cardíaca.

ca, la fibrilación auricular, la HTA y la arteriopatía periférica. A su vez, predomina la disnea grado II mMRC y presentan gran sintomatología asociada a EPOC.

Diferencias entre la población EPOC y no EPOC de reciente diagnóstico derivados de consulta de RHB cardíaca

		EPOC	No EPOC	Total	p
N		35	65	100	
Edad		61,65	56,35	58,21	
Sexo	Hombres	32	54	88	0,2
	Mujeres	3	11	14	
FEV1	Leve	17	58	75	< 0,001
	Moderado	17	7	24	
	Grave	1	0	1	
ECV		35	65	100	0,13
Cardiopatía isquémica		18	53	71	0,002
Insuficiencia cardíaca		7	3	10	0,01
FA		9	3	8	0,02
HTA		19	21	40	0,03
Arteriopatía periférica		5	2	7	0,03
Ictus		1	1	2	0,65
Tabaquismo	Fumador activo	22	13	62	0,9
	Exfumador	13	25	38	
MRC	I	14	37	51	0,001
	II	20	10	30	
	III	1	1	2	
CAT	< 10	2	28	30	0,001
	> 10	33	37	70	
COPDps	< 4	6	51	57	0,001
	> 4	29	14	43	
IPA	< 30	3	20	23	0,01
	> 30	32	45	77	

PERFIL DEL ADOLESCENTE FUMADOR

I. Domínguez Quesada¹, G. Francisco Corral², M.J. Mena Rodríguez², L. Saldaña Pérez² y G. Rodríguez de la Rubia Naves²

¹Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España. ²Servicio de Neumología, Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Introducción: Analizar el patrón y las creencias sobre el tabaquismo en alumnos de educación secundaria obligatoria (ESO) y ver las posibles diferencias entre fumadores y no fumadores.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal con encuesta a los alumnos de los cursos 1º y 4º de la ESO de 6 Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) de Alcázar de San Juan (Ciudad Real), durante los meses de febrero y marzo de 2016. Se entregó una encuesta sobre tabaquismo de 32 ítems con preguntas cerradas. La encuesta se realizó previa a una charla de prevención en dicho centro, entregada de forma anónima en sobres individuales. Se recogieron diversas variables incluyendo edad, sexo, consumo de tabaco, cigarrillos/día, deseo de cesación tabáquica, hábito tabáquico en el entorno del alumno incluyendo consumo de la familia y amigos, actitud frente el tabaco y creencias sobre el mismo. Todos los cálculos se realizaron mediante el programa SPSS vs 18.

Resultados: Se recogieron 609 cuestionarios, de los cuales 42 eran fumadores, de ellos el 92,3% eran de 4º de la ESO y 7,1% de 1º de la ESO (p 0,001). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo. El 91,4% fuma a diario (p < 0,001). Comparando el grupo de fumadores respecto al de no fumadores, el 89,5% de los fumadores tiene algún amigo fumador (p < 0,001) y fuman hasta un 80% de los familiares (p 0,001). En un 38,1% de los casos, se puede fumar en el domicilio (p = 0,023) y en el coche (p = 0,007). En cuanto

a las creencias sobre el tabaco en el grupo de fumadores: hasta un 54,8% piensa que solamente hay adicción si se fuma todos los días (p 0,004), el 70% piensa que la marihuana es menos perjudicial (p 0,001), el 46,3% piensa que ayuda a adelgazar (p 0,021), además el 26,8% piensa que es fácil dejar de fumar (p < 0,001).

Conclusiones: En nuestro estudio el mayor porcentaje de fumadores se encuentra entre el alumnado de 4º de la ESO. Además se evidencia que los alumnos fumadores están más expuestos en el ambiente familiar, con unas creencias que tienden a minimizar el riesgo de tabaquismo en adolescentes.

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO EN LA COMARCA DE OSONA-CATALUÑA CENTRAL (BARCELONA). ¿EXISTE DISMINUCIÓN?

C. Muñoz Pindado¹, C. Muñoz Pindado², B. Mateu Carralero¹, P. Roura Poch³, V. Arribas Peña⁴, E. Muñoz Herrera¹, M. Carmona Zurita⁴, Z. Hernández Cubas⁴ y J. Muñoz Méndez⁵

¹Centro de Atención Primaria de Manlleu, Barcelona, España.

²Universidad de San Pablo-CEU, Madrid, España. ³Hospital Universitari de Vic, Barcelona, España. ⁴Centro de Atención Primaria de Santa Eugènia de Berga, Barcelona, España. ⁵Servicio de Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo es un problema de Salud Pública y se está detectando descenso. Objetivo: determinar prevalencia de tabaquismo en estudiantes en Comarca de Osona-Cataluña Central (Barcelona) (COCC).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en estudiantes de Bachillerato de COCC en marzo/2016, mediante encuesta anónima y voluntaria autoadministrada en clase con consentimiento de alumnos y personal docente. Se recogen datos antropométricos (género, edad, peso y talla) y sociodemográficos (lugar residencia, confesionalidad, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, tabaquismo y patologías en núcleo familiar y amigos; estudios paternos). Los datos se introdujeron en el paquete informático SPSS15 y se trataron estadísticamente.

Resultados: Participaron 842 alumnos, recogiendo 714 encuestas (Índice respuesta 84,79%) y 705 válidas; mujeres 414 (58,7%); edad 16,66 ± 0,44; residencia urbana 303 (93,5%) y 21 (6,5%) rural; IMC 21,5 (14,36 - 31,22); cristianos (C) 292 (41,4%), 81 musulmanes (M) (11,5%), 62 (8,8%) otras religiones (O) y 270 (38,3%) aconfesionales (A). Fumaban 159 (22,6%); mujeres 99 (62,3%), representando 20,6% de hombres y 23,9% de mujeres de la muestra. Eran 70 (44%) C, 3 M (1,9%), 14 (8,8%) O y 72 (45,3%) A, representando el 24% C, 3,7% M, 22,6% O y 26,7% de A en la muestra. Comenzaban con 14,37 ± 1,27 años (11 - 17), con influencia inicial de amigo 109 (74,9%), familiar 5 (3,4%) y desconocida 33 (22,4%). Consumían alcohol 529 (76,2%) y otras sustancias tóxicas 308 (46,5%); padecían alguna enfermedad 40 (6,1%). Patologías en el entorno 334 (47,5%); 207 (29,4%) tabaquismo paterno, 152 (22%) materno, 214 (59%) familiar y 582 (82,6%) en amigos. Los padres tenían estudios superiores 212 (30,1%), medios 331 (48,7%) y primarios 137 (20,1%); las madres 279 (39,6%), 294 (41,7%) y 116 (16,5%) respectivamente. Se relacionó el hábito de fumar con las distintas variables y ser fumador se relacionaba con consumo de alcohol (p = 0,000), consumo de otras sustancias (p = 0,000), ser A (p = 0,000), no padecer ninguna enfermedad (p = 0,043); tener madre (p = 0,001), padre (p = 0,005), hermano (p = 0,006), miembros en la familia (p = 0,016) o amigos fumadores (p = 0,000).

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo en estudiantes de bachillerato en COCC es elevada aunque menor respecto a trabajos previos. Fumar se relacionó con tabaquismo de progenitores familiares y amigos; ser A; consumir alcohol y otras sustancias. Se deben implantar programas preventivos dirigidos a estudiantes, progenitores y personal docente.

PROPUESTA DE UNA NUEVA HERRAMIENTA PSICOLÓGICA PARA DEJAR DE FUMAR: LA PROSOCIALIDAD APLICADA

S. Calvo Pascual¹ y M. Martí Vilar²

¹*Clínica Chiva, Valencia, España.* ²*Universitat de València, Valencia, España.*

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva y recidivante, reconocida por la OMS desde 1992 con CIE-10: F-17 y por el DSM-5, como trastorno por consumo de sustancias. El tratamiento del tabaquismo es psicológico y farmacológico. Se propone una nueva herramienta psicológica para dejar de fumar: la prosocialidad aplicada. Hay un actor y un receptor, a diferencia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) estándar, orientada sobre todo hacia el propio autor. Se persigue el éxito para dejar de fumar y una mejoría en las relaciones interpersonales favoreciendo un tejido social más sustancioso para generar bienestar en su entorno. La prosocialidad aplicada incluye tres niveles: la definición de los comportamientos prosociales (Roche, 1995), las 10 categorías y el inventario prosocial que despliega al máximo las categorías. La comunicación de calidad prosocial (CCP) es un modelo en el que al menos una de las personas hace el ejercicio consciente y voluntario de estima por el otro en tanto interlocutor con la misma dignidad (Escotorín 2010).

Material y métodos: Se propone realizar un estudio piloto con fumadores motivados para dejar de fumar con dificultades para dejarlo, exfumadores y algún no fumador en contacto con fumadores. Estos sujetos serían co-investigadores con el investigador principal, colaborarían en el proceso de generar teoría como resultado de su práctica habitual. Se emplearía el método PILT (Prosocial Interactive Learning Teaching): "enseñanza-aprendizaje prosocial interactiva". Es un método sistemático que combina la horizontalidad humanista prosocial como complemento a la asimetría inicial entre las aportaciones (Escotorín et al, 2014), como es: médico- paciente. Este modelo pone en acción la CCP.

Resultados: Una vez definidos los comportamientos prosociales en fumadores, a través del inventario prosocial, se obtendrían entre 40 y 70 comportamientos repartidos según las diez categorías prosociales, posteriormente se analizarían según el grado de deseabilidad y factibilidad y se obtendrían entre diez y quince comportamientos que darían origen a un cuestionario, instrumento de trabajo para el seguimiento de las visitas sucesivas que tendrían lugar en la consulta de tabaquismo.

Conclusiones: La TCC y la prosocialidad aplicada, se pueden comparar y valorar su eficacia, esperando que la nueva propuesta sea igual que el asesoramiento tradicional para conseguir el éxito de dejar de fumar. La prosocialidad aplicada mejoraría las relaciones interpersonales y el tejido social.

SEGUIMIENTO A UN AÑO DE PACIENTES TRATADOS CON VARENICLINA A DIFERENTES DOSIS

N. Fouz Rosón, C. Panadero Paz, A. Valido Morales, C. Romero Muñoz, S. Montserrat García y T. Montemayor Rubio

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Vareniclina es uno de los fármacos empleados para el abandono del tabaco. El objetivo del estudio fue comprobar si había diferencias entre las dosis de 1 mg y 0,5 mg (ambas 2 veces al día durante 8 semanas) en la tasa de abstinencia, en la adherencia y en los efectos secundarios.

Material y métodos: Ensayo clínico abierto, aleatorizado, con 2 grupos paralelos (pautas de 1 mg vs 0,5 mg, ambas cada 12h durante 8 semanas). Se realizó una visita basal con el neumólogo y terapia cognitivo-conductual a lo largo de un año.

Resultados: Los participantes, de los cuales el 59,5% eran varones, tenían una edad media de 50,67 años y eran fumadores de 37,5 paquetes/año. La tasa de abstinencia a un año fue del 46,5% con 1 mg vs 46,4% con 0,5mg (OR 0,997; IC95% 0,7-1,43; p = 1,0) (tabla 1). La adherencia al tratamiento fue similar en ambas pautas (OR 1,16; IC95% 0,8-1,7; p = 0,44): 52,7% vs 55,6% presentaron adherencia total; 13,1% vs 13,4%, adherencia parcial y 34,3% vs 31% no siguieron tratamiento farmacológico, en las pautas de 1 mg y 0,5 mg respectivamente. Un 54,1% realizó el tratamiento correctamente; de éstos, un 77,5% dejó de fumar al año. Un 13,2% cumplió de forma parcial las indicaciones de tratamiento; en este grupo, la tasa de abstinencia fue de un 26,6%. Un 32,6% de los pacientes no llegó a tomar la medicación; la tasa de abstinencia de este grupo fue tan sólo de un 3,2%. El 15,6% de los que siguieron el tratamiento presentó algún efecto secundario, siendo la gran mayoría de carácter leve o moderado. Un 19,3% de los pacientes con 1 mg presentó algún efecto secundario vs un 12,1% de los que tomaron 0,5 mg (OR 1,73; IC95% 0,94-3,18; p = 0,093) (tabla 2). Los fumadores con una adherencia parcial presentaron una mayor incidencia de efectos adversos (parcial 28,1% vs total 12,6%, p = 0,004). En el grupo de adherencia total, se observó una tendencia a mayores efectos secundarios con 1 mg (16,3%) vs 0,5 mg (9%), p = 0,092.

Tabla 1. Abstinencia a un año

	Abstinencia	No abstinencia
Total (n = 484)	225 (46,5%)	259 (53,5%)
1 mg (n = 245)	114 (46,5%)	131 (53,5%)
0,5 mg (n = 239)	111 (46,4%)	128 (53,6%)

Datos analizados mediante el test exacto de Fisher. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre pautas en cuanto a la abstinencia a un año (OR 0,997; IC95% 0,7-1,43; p = 1,0).

Tabla 2. Adherencia y efectos adversos

Total n = 484	No efectos adversos	Efectos adversos	Náuseas	Pesadillas	Cefaleas	p-valor (1 mg vs 0,5 mg)
Adherencia global (n = 326)	275 (84,4%)	51 (15,6%)	30 (9,2%)	14 (4,3%)	7 (2,1%)	p = 0,093
1 mg (n = 161)	130 (80,7%)	31 (19,3%)	17 (10,6%)	9 (5,6%)	5 (3,1%)	
0,5 mg (n = 165)	145 (87,9%)	20 (12,1%)	13 (7,9%)	5 (3%)	2 (1,2%)	
Adherencia total (n = 262)	229 (87,4%)	33 (12,6%)	17 (6,5%)	11 (4,2%)	5 (1,9%)	p = 0,092
1 mg (n = 129)	108 (83,7%)	21 (16,3%)	10 (7,8%)	7 (5,4%)	4 (3,1%)	
0,5 mg (n = 133)	121 (91%)	12 (9%)	7 (5,3%)	4 (3%)	1 (0,7%)	
Adherencia parcial (n = 64)	46 (71,9%)	18 (28,1%)	13 (20,3%)	3 (4,7%)	2 (3,1%)	p = 0,782
1 mg (n = 32)	22 (68,8%)	10 (31,2%)	7 (21,9%)	2 (6,2%)	1 (3,1%)	
0,5 mg (n = 32)	24 (75%)	8 (25%)	6 (18,8%)	1 (3,1%)	1 (3,1%)	
p-valor (entre adherencia total y parcial)		p = 0,004	p = 0,071	p = 0,96	p = 0,44	

Datos analizados mediante chi-cuadrado. No se observaron diferencias significativas en efectos secundarios entre ambas pautas (OR 1,73; IC95% 0,94-3,18; p = 0,093). Se observó una diferencia significativa en efectos secundarios entre adherencia total y parcial (OR 2,71; IC95% 1,41-5,23; p = 0,004).

Conclusiones: En este estudio de un único centro, no existen diferencias en efectividad entre vareniclina a 1 mg vs 0,5 mg, ambas 2 veces al día durante 8 semanas, para el abandono del tabaco, logrando unas

tasas de abstinencia, adherencia y efectos secundarios similares. La adherencia al programa fue determinante en las tasas de abstinencia, independientemente de la pauta empleada y también se vio influida por la incidencia de efectos secundarios, prácticamente del doble en los que tuvieron una adherencia parcial.

TABACO Y BIOMARCADORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

M. Orta Caamaño, M. Jiménez Arroyo, M. Hidalgo Sánchez, A. Bellido Maldonado, Y. González Marín, B.O. Gómez Parras, D.P. Rodríguez López, Á. Losa García-Uceda, E. Morales Manrubia y J.A. Riesco Miranda

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: En la EPOC la enfermedad cardiovascular es la comorbilidad más frecuente y condicionante del pronóstico de supervivencia. El tabaco se considera el factor etiopatogénico común a la EPOC y su comorbilidad cardiovascular. Actualmente se sabe que existen biomarcadores que condicionan el pronóstico y manejo terapéutico de la agudización de EPOC (AEPOC). El objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis diferencial de biomarcadores asociados a comorbilidad cardiovascular según el hábito tabáquico en pacientes (p.) que ingresan por AEPOC e insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo de dos meses de duración, en el que se recogen datos de p. que ingresan en nuestro hospital con el diagnóstico principal de agudización de EPOC AEPOC o IC. Se estudian variables epidemiológicas, datos de tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades cardiovasculares (arritmia, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial (IC) y biomarcadores (fibrinógeno, proteína C reactiva (PCR), troponina T, péptido natriurético cerebral (ProBNP)). La información obtenida se almacena en una base de datos diseñada al efecto y se realiza análisis estadístico mediante el programa SPSS Statistics.

Resultados: Se incluye un total de 52p. con edad media de 72 años (DE \pm 9,90), siendo fumadores activos (FA) 10p. (19,2%) (70% varones y el 30% mujeres), exfumadores (EF) 28p. (53,8%), (92,85% varones y 7,15% mujeres), nunca fumadores (NF) 14p. (27%) (28,57% varones y 71,43% mujeres) todos ellos en el grupo de IC. Se observa predominio de varones en las AEPOC con un 100% de antecedente de tabaquismo.

Tabaquismo	FA	EF	NF	
Sexo				
Varón	7 (70%)	26 (92,85%)	4 (28,57%)	p = 0,000
Mujer	3 (30%)	2 (7,15%)	10 (71,43%)	
Edad				
< 60	3 (30%)	3 (10,71%)	2 (14,29%)	p = 0,001
60-69	6 (60%)	3 (10,71%)	0 (0%)	
70-79	1 (10%)	12 (42,86%)	8 (57,14%)	
\geq 80	0 (0%)	10 (35,71%)	4 (28,57%)	
IMC				
< 21	3 (33,33%)	0 (0%)	1 (8,33%)	p = 0,09
21-26	1 (11,11%)	8 (33,33%)	3 (25%)	
26-30	2 (22,22%)	8 (33,33%)	2 (16,67%)	
> 30	3 (33,33%)	8 (33,33%)	6 (50%)	
AEPOC	7 (30,43%)	16 (69,57%)	0 (0%)	p = 0,000
ICC	3 (10,34%)	12 (41,38%)	14 (48,28%)	
Comorbilidades				
Arritmia	2 (8%)	15 (60%)	8 (32%)	p = 0,138
Cardiopatía isquémica	1 (11,11%)	6 (66,67%)	2 (22,22%)	p = 0,672
Hipertensión arterial	3 (9,68%)	18 (58,06%)	10 (32,26%)	p = 0,095
Insuficiencia cardíaca	3 (10,71%)	15 (53,57%)	10 (35,71%)	p = 0,133

Tabaquismo	FA		EF		NF		
	AEPOC	ICC	AEPOC	ICC	AEPOC	ICC	
Fibrinógeno							
< 2 g/L	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	p = 0,349
2-4,5 g/L	1 (14,29%)	2 (66,67%)	5 (33,33%)	3 (25%)	0 (0%)	7 (50%)	
> 4,5 g/L	6 (85,71%)	1 (33,33%)	10 (66,67%)	9 (75%)	0 (0%)	7 (50%)	
PCR							
0-5 mg/L	2 (28,58%)	2 (66,67%)	4 (26,67%)	3 (27,27%)	0 (0%)	6 (46,15%)	p = 0,651
> 5 mg/L	5 (71,42%)	1 (33,33%)	11 (73,33%)	8 (72,73%)	0 (0%)	8 (53,85%)	
Troponina							
0-14 ng/L	2 (50%)	0 (0%)	2 (16,67%)	1 (9,09%)	0 (0%)	2 (16,67%)	p = 0,245
> 14 ng/L	2 (50%)	2 (100%)	10 (83,33%)	10 (90,90%)	0 (0%)	10 (83,33%)	
PROBNP							
0-250 pg/mL	1 (20%)	0 (0%)	2 (14,28%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	p = 0,624
> 250 pg/mL	4 (80%)	3 (100%)	12 (85,72%)	12 (100%)	0 (0%)	14 (100%)	

En el grupo de IC disminuye la prevalencia del antecedente de tabaquismo e incrementa claramente la población femenina a expensas del grupo NF. El estudio de comorbilidad cardiovascular presenta una mayor frecuencia en el grupo de EF sin encontrar diferencias entre ellas y la condición de tabaquismo. Finalmente, al realizar el análisis diferencial entre las cifras de los diferentes biomarcadores y el hábito tabáquico (FA, EF y NF) con subgrupos según si habían ingresado por AEPOC o insuficiencia cardíaca, observamos que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos.

Conclusiones: En nuestro medio, la agudización de EPOC es claramente predominante en varones con antecedente de tabaquismo y edad superior a 70 años que asocian un importante número de comorbilidades cardiovasculares. En nuestra muestra, los valores de biomarcadores estudiados no presentan diferencias según la condición actual de hábito tabáquico en el contexto de AEPOC e IC.

TABAQUISMO PASIVO Y TUBERCULOSIS EN NIÑOS. EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MEDIANTE PRUEBA DE TUBERCULINA E IGRAS

M.N. Altet Gómez¹, J.A. Domínguez Benítez², M.A. Jiménez Fuentes¹, A. Soriano Arandes¹, J.A. Riesco Miranda³, A. Ramos Pinedo⁴, S. Solano Reina⁵, J.A. de Granda Orive⁶, J.J. Lorza Blasco⁷, J. Signes Costa⁸, J. Ruiz Manzano⁹, I. Latorre Rueda² y C.A. Jiménez Ruiz¹⁰

¹Unidad de Tuberculosis Vall d'Hebron-Drassanes, Barcelona, España.

²Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

³Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres, España. ⁴Hospital de

Alcorcón, Madrid, España. ⁵Hospital Gregorio Marañón, Madrid,

España. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

⁷Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España. ⁸Hospital

Universitario La Fe, Valencia, España. ⁹Hospital Universitario Germans

Trias i Pujol, Badalona, España. ¹⁰Unidad de Tabaquismo de la C.A. de

Madrid, Madrid, España.

Introducción: El objetivo es conocer la influencia del TP como factor de riesgo de infección (ITB) y de enfermedad (TB) en los niños contactos de casos de TB bacilífera utilizando conjuntamente para el diagnóstico de ITB la prueba de tuberculina (PT) y ambos IGRAs.

Material y métodos: Estudio prospectivo en niños (< 15 años) atendidos en la Unidad de Tuberculosis Vall d'Hebron-Drassanes por contacto con un caso de tuberculosis bacilífera mediante las normativas específicas. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos y bacteriológicos. Se realizó PT y ambos IGRAs (T.Spot-TB y Quantiferon-GIT) al inicio del estudio. La exposición al humo del tabaco consumido en el hogar se clasificó en paquetes/año. Para conocer la utilidad de TST e IGRAs en el ECC, se han estimado las Likelihood Ratios positivas y negativas.

Resultados: Se incluyeron 380 niños (80 < 5 años). La concordancia de ambos IGRAs es buena ($\kappa = 0,8149$), aunque es menor en los fumadores pasivos que en los no fumadores pasivos y en el grupo de 0-4 años. Mediante regresión logística no condicional ser fumador pasivo se asoció a tener IGRAs (+): aOR: 7,75; IC95%: 4,62-13,02; $p < 0,001$. En conjunto a prevalencia de la ITB fue 42,6%: 14,1% en los no FP y 49,3% en los FP pero si el caso índice es fumador la prevalencia de la ITB en los contactos es del 57,5% y si no es fumador la prevalencia de ITB es del 27,3% (aOR: 3,61; IC95% 2,35-5,55; $p < 0,0001$). La probabilidad de tener la enfermedad es del 13,1% en los FP y del 6,3% en los no FP. Utilizando TST ≥ 5 mm, la probabilidad de tener la enfermedad en los FP se incrementa aproximadamente un 10% sobre la probabilidad pre-test y en los no FP se incrementa aproximadamente un 15%. Utilizando IGRAs la probabilidad de tener TB es del 36% en los niños no FP con IGRAs(+) y del 19% en los FP: ésta menor probabilidad en los FP se debe a que los FP presentan IGRAs falsos negativos en mayor proporción; la probabilidad de tener TB en los FP con IGRAs negativos es del 2,5-8,6%, frente a 0% en los no FP.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran que en los FP la tasa de incidencia de TB es del 13,8% frente al 6,21% en los no FP: en consecuencia en niños contactos de casos de TB bacilífera el riesgo atribuible al TP de desarrollar la enfermedad es del 55%. Una de las fortalezas de éste estudio es la utilización simultánea de las 3 pruebas (TST and both IGRAs) que evita interferencias de falsos negativos.

Proyecto del PII-Tabaquismo, Beca SEPAR 2013.

USO DE LA TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

J. Solano González, E.B. de Higes Martínez, N. Echave Heras, M.I. Hernández Hernández, I. Pérez Orbis, Á. Ramos Pinedo y A.J. Nistal Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

Introducción: El ingreso hospitalario en fumadores es un momento óptimo para el abandono del hábito tabáquico. La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) es un método efectivo y seguro para el control del síndrome de abstinencia en estos pacientes, y a la vez puede potenciar la intención de abandono al alta. El objetivo de este estudio es conocer el grado de implementación del tratamiento del tabaquismo en pacientes fumadores ingresados de un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo entre mayo 2011 y noviembre 2015 que incluye pacientes que recibieron tratamiento con TSN durante su ingreso. El número total de pacientes adultos hospitalizados en este periodo fue de 74211. Teniendo en cuenta datos de la literatura sobre la prevalencia de tabaquismo activo en pacientes ingresados, calculamos que unos 20.000 serían fumadores. Se recogieron características clínicas y motivos de ingreso, unidad de ingreso, tipo de tratamiento y días de administración. Los datos fueron obtenidos de la base de prescripción de Farmacia y se utilizó el programa SPSS 22 para el análisis de las variables.

Resultados: Se administraron 4.822 unidades farmacológicas en un total de 346 pacientes, con una edad media de 51 años, de los cuales el 62% eran varones. Un 43% de ellos tenían al menos otro factor de riesgo cardiovascular añadido. Un 18,5% estaban diagnosticados de EPOC. Los motivos de ingreso principales fueron infección respiratoria (22,8%), trastorno bipolar (12,4%), neumonía (8,1%) y trastorno por abuso de sustancias (6,6%). La combinación de parches y comprimidos fue la opción más frecuente (48%), seguida de monoterapia con comprimidos (27%) o con parches (25%). La duración media del tratamiento durante el ingreso fue de 8,49 días. La tasa de pacientes hospitalizados por servicio se muestra en la figura 1. La evolución del volumen de tratamientos por años se muestra en la figura 2.

Conclusiones: La TSN es una opción segura y eficaz para el control de la abstinencia en el fumador ingresado. Un amplio porcentaje de los

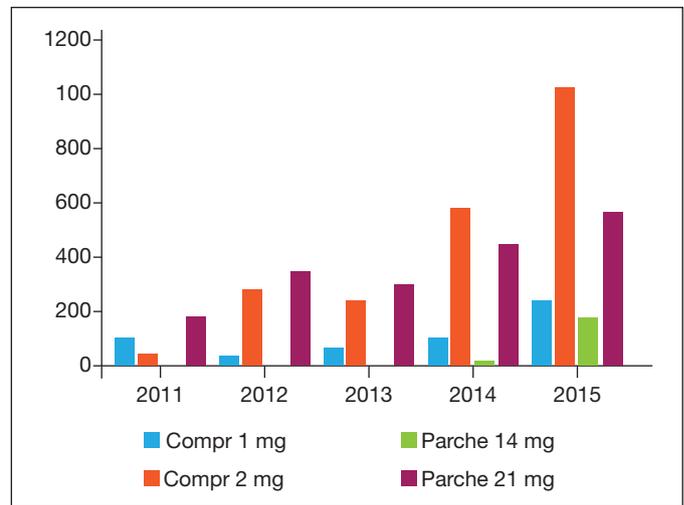


Figura 1. Volumen de tratamiento por años.

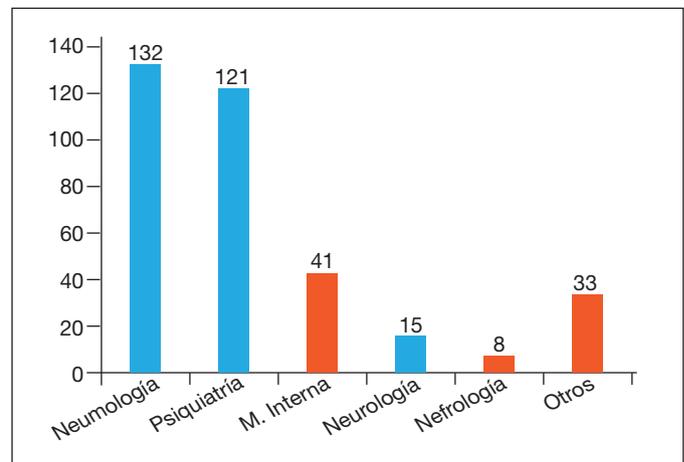


Figura 2. Pacientes tratados por servicio.

pacientes fueron tratados con combinación de parches y comprimidos. La intervención en el tratamiento del tabaquismo en nuestro hospital está muy lejos de ser óptima y se centra en las patologías asociadas directamente al consumo de tabaco, aunque hay una tendencia creciente en su implementación. Es necesario continuar trabajando en la concienciación de todos los profesionales sanitarios de los efectos positivos del abandono del tabaco para el pronóstico del fumador ingresado.

TÉCNICAS Y TRASPLANTE

PLEURA

COMORBILIDADES Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS DERRAMES PLEURALES DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA

A.B. Llanos González¹, A. Wangüemert Pérez¹, E. Martín Ruiz de la Rosa¹, D. Santos Arozarena¹, D. Redondo Zaera¹, H. Hernández Rodríguez², R. Gil Lorenzo², N. Mañes Bonet², H. González Expósito¹, O. Acosta Fernández¹ y A. Medina González¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, España.