

Resultados: Se reclutaron 182 pacientes (83% varones) con edad media de 67,9 años (DE 10,7). Un 27,7% de los pacientes se encontraban asintomáticos al diagnóstico. Comparados con los sintomáticos, los pacientes asintomáticos se diagnosticaron más frecuentemente estadios localizados (55,1% frente a 14,2%), y presentaron mejor pronóstico, con una supervivencia global a los 2 años de 60,8% frente a 28,59%, y una mediana de supervivencia que no había sido alcanzada durante el seguimiento (frente a 12,2 meses). En el modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox ajustado se obtuvo un hazard ratio (HR) (IC95%) de 1,92 (1,07-3,47) asociado a la presentación sintomática, independientemente del estadio al diagnóstico.

Conclusiones: Los pacientes con cáncer de pulmón asintomáticos al diagnóstico presentan mejor pronóstico independientemente del estadio de la enfermedad. Estos hallazgos nos incentivan a continuar en la línea hacia el diagnóstico precoz.

VARIABLES PREDICTORAS DE ÉXITO EN LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG)

J. Lima Álvarez¹, J. Díez Sierra¹, A. Asuero Llanes¹, A. Beiztegui Sillero¹ y C.V. Almeida González²

¹Neumología; ²Estadística y Metodología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

Introducción: La BAG transtorácica tiene muy buena rentabilidad en el diagnóstico histológico de la patología oncológica del tórax. Es una técnica segura y bien tolerada. Habitualmente se realiza guiada por tomografía axial computarizada. El neumotórax con necesidad de drenaje es la principal complicación. Nos planteamos estudiar si algunas características de la lesión y/o la técnica podrían indicarnos mayor probabilidad de obtener un resultado de malignidad bajo esa sospecha. Analizamos las complicaciones de la técnica.

Material y métodos: Desde enero de 2015 hasta noviembre de 2018 recogimos de forma prospectiva las BAG realizadas por Neumología. Registramos datos basales del paciente, sospecha clínica, características de las lesiones, de la técnica empleada, comorbilidades, complicaciones y resultados histológicos. Analizamos resultados.

Resultados: Se realizaron 98 BAG con sospecha de malignidad. La mediana de edad fue de 67 años (16-84), el 77,6% fueron hombres. El tamaño medio de las lesiones fue de 60 mm (20-190). El 76,3% eran lesiones mayores de 50 mm. El 65,3% fueron lesiones pulmonares, 23,5% extrapulmonares y 11,2% mediastínicas. La mediana de la distancia a diana fue de 50 mm (0-120). El 84,7% fueron lesiones sólidas, el 61,9% de bordes lobulados. Partes blandas 18,4% y el lóbulo inferior izquierdo 18,4% fueron las localizaciones más frecuentes. La mediana de la distancia pleura lesión de las lesiones pulmonares fue 0 mm (-15*-27). En el 52% de los procedimientos la posición del paciente fue supino. En el 72,4% el espesor de corte fue de 2 cm. La media de BAG por procedimiento fue 2 (1-7). El diagnóstico de malignidad fue del 82,7%. El diagnóstico histológico más frecuente fue el adenocarcinoma (23,5%). De todos los pacientes a los se realizaron BAG el 15,3% presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En el 6,1% de todos los procedimientos hubo alguna complicación. La frecuencia de neumotórax fue del 5,3% (lesiones extrapulmonares excluidas). En el análisis univariante ninguna variable mostró diferencias significativas para el diagnóstico de malignidad.

Conclusiones: En las BAG realizadas con sospecha de malignidad no encontramos variable que a priori nos indique mayor probabilidad de obtener un diagnóstico de malignidad. La rentabilidad de la BAG es buena en nuestro centro, con un muy bajo porcentaje de neumotórax secundario.

TABAQUISMO

ALTERACIONES EN EL ESTADO DE ÁNIMO EN PACIENTES EPOC Y SU RELACIÓN CON SU HÁBITO TABÁQUICO

A. Roca Noval, R.M. Gómez Punter, E. Vázquez Espinosa, M. Erro Iribarren, J.B. Soriano, J. Ancochea Bermúdez y T. Alonso Pérez

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España.

Introducción: Los trastornos en la esfera afectiva (ansiedad y depresión) son comorbilidades presentes en los pacientes con EPOC y en pacientes con tabaquismo activo. El objetivo principal de nuestro trabajo fue valorar mediante el cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), la ansiedad y depresión de pacientes EPOC, así como su dependencia tabáquica según el test de Fagerström y la relación entre ambas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de los pacientes en seguimiento en una consulta monográfica de EPOC entre marzo y junio de 2018. Las variables incluidas fueron: sexo, edad, hábito tabáquico, índice paquete año (IPA), puntuación en los test de Fagerström y HADS, comorbilidades, índice de Charlson, grado de disnea según mMRC, calidad de vida según cuestionario COPD Assessment Test (CAT), función pulmonar, índice BODE (índice de masa corporal, grado de obstrucción, disnea según mMRC y distancia recorrida en el test de la marcha) y BODEX (índice de masa corporal, grado de obstrucción, disnea según mMRC y exacerbaciones en el año previo) y oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). Se analizaron las comorbilidades: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) dislipemia (DL), fibrilación auricular (FA) y cáncer de pulmón. Realizamos un análisis comparativo entre la dependencia tabáquica de los pacientes fumadores activos y su estado de ansiedad y depresión.

Resultados: De los 120 pacientes valorados en consulta en ese periodo de tiempo, se incluyeron 66 pacientes. 66,7% varones con edad media de 70,94 ± 8,63 años e IPA medio de 57,9 ± 31,94. El 36,4% fumadores activos con puntuación media de 4,92 ± 2,06 en test de Fa-

Tabla 1. Características clínicas

	Media	Desviación estándar
Edad en años	70,94	8,63
IPA	57,94	31,64
%FVC	78,98	21,96
%FEV1	51,27	17,75
%DLCO	54,59	9,01
BODE	3,37	2,14
BODEX	3,25	2,05
Exacerbaciones año previo	0,90	1,06
Índice Charlson	3,18	1,77
Puntuación Fagerström	4,92	2,06
Puntuación HADS	9,71	6,51

Tabla 2. Puntuación HADS

Tabaquismo activo	N	Puntuación HADS (media \pm DS) $p = 0,122$
NO	42	8,88 \pm 6,5
SI	24	11,17 \pm 6,3
Puntuación test Fargeström	N	Puntuación HADS (media \pm DS) $p = 0,305$
>4	6	13,5 \pm 6,5
4-7	17	10,82 \pm 6,1
>7	1	3

gerström. El 69,3% presentaban un grado de disnea ≥ 2 y eran usuarios de OCD un 36,4%. El 48,5% eran hipertensos, 18,2% DM, 39,4% DL, 16,7% FA y 1,5% cáncer de pulmón. El resto de variables se muestran en la tabla 1. No se encontraron diferencias significativas en el estado de ánimo de los pacientes en función de su status tabáquico ($p = 0,12$), ni tampoco entre el grado de dependencia nicotínica y la puntuación en el cuestionario HADS ($p = 0,3$). Los pacientes fumadores activos presentaban peor puntuación en el HADS (tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes son mayoritariamente varones, con un alto consumo acumulado de tabaco y más de un tercio continúan fumando. Los fumadores activos presentan una puntuación media en el HADS superior a 11 lo que indica un problema clínico. No se encontró asociación entre el grado de dependencia nicotínica y la puntuación en el HADS.

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO DE LA ABSTINENCIA TABÁQUICA

J.M. Díez Piña, N. Quílez Ruiz-Rico, L. Serrano Gil, R. Serrano González, T. Bilbao-Goyoaga Arenas, D. Feliz Rodríguez, P. Rodríguez Bolado y D. Álvaro Álvarez

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España.

Introducción: Existen múltiples factores que influyen en el éxito del abandono del tabaco. Nuestro trabajo analiza si los factores relacionados con la motivación y el cumplimiento del tratamiento prescrito influyen en la abstinencia o si existen otros factores.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de pacientes que acuden a nuestra Unidad de deshabituación tabáquica. Análisis estadístico con SPSS 18.0.

Resultados: Hemos analizado 754 historias de pacientes, mayoría de mujeres (54,2%), edad media 48,82 años y consumo medio 25,57 cig/día (IPA 43,25). Richmond 8,17 y Fagerström 5,78. El 77,2% había realizado intentos previos de abandono. 42,5% padecían alguna enfermedad respiratoria; 46,4% enfermedad cardíaca; y 15,5% enfermedad psiquiátrica. Los tratamientos prescritos fueron: 31,7% TSN; 26,3% bupropion; 39,1% vareniclina; 2,9% sin fármacos. El cumplimiento de esta prescripción fue de 73,7%, 67,7%, 47,6% a los 15, 30 y 90 días. Las tasas de abstinencia puntual en estos periodos fueron de 69,1%, 67,1% y 59,9%; a los 6 meses fue de 53,4%. El grado de motivación o el cumplimiento de tratamiento no influyen en las tasas de éxito, aunque el grupo de no abstinentes a los 6 meses presentaba cifras de cumplimiento significativamente mayores a los 3 meses. El sexo, el tratamiento prescrito o la experiencia en intentos previos de abandono no guardaban correlación con la abstinencia a los 6 meses. Por contra,

una menor dependencia (5,52 en abstinentes a 6 meses frente a 6,29, $p < 0,0001$) y el hecho de no padecer enfermedades crónicas respiratorias ni cardiológicas si presentaba una correlación significativa con el éxito a 6 meses de abstinencia.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a nuestra Unidad son de mediana edad, predominio femenino con consumo diario superior a 1 paquete/día, y la mayoría ha realizado intentos previos de abandono. La motivación al inicio del intento o el cumplimiento del tratamiento no influyen en la obtención del éxito en la abstinencia a los 6 meses. Por contra, el hecho de tener una menor dependencia física a la nicotina y de no padecer enfermedades crónicas respiratorias ni cardíacas favorecen la abstinencia. Debemos realizar un tratamiento más adecuado y un seguimiento más estrecho a los pacientes con mayor dependencia y con patologías crónicas.

ANÁLISIS DE LA ABSTINENCIA A LARGO PLAZO TRAS UNA INTERVENCIÓN DE CESACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

A. Casal Mouriño, C. Rabade Castedo, T. Pereiro Brea, D. Pardiñas Río, P. Veiga Rodríguez, R. Tobio Tobio, A. Bascoy Bascoy, J. Ricoy Gabaldón, M.E. Toubes Navarro, J. Suárez Antelo, G. Sueiro Andrade y L. Valdés Cuadrado

EOXI Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: El ingreso hospitalario es una oportunidad para la cesación tabáquica. La prohibición de fumar en el medio hospitalario, el apoyo de personal sanitario y la ausencia de un ambiente propicio para fumar pueden incrementar las posibilidades de deshabituación en el fumador hospitalizado. Existe una correlación entre la intensidad de una intervención de cesación tabáquica llevada a cabo por profesionales sanitarios y las posibilidades de éxito de abandono en los fumadores que ingresan en los hospitales. Los objetivos del estudio son: a) Evaluar la abstinencia a los 6 meses y al año en pacientes hospitalizados tras una intervención de deshabituación tabáquica; b) Determinar los factores asociados a la eficacia de dicha intervención.

Material y métodos: Estudio observacional de una muestra de pacientes fumadores hospitalizados durante el año 2016. En todos ellos se realiza por parte del personal sanitario una intervención mínima y conductual aportando material de ayuda por escrito y ofreciéndose tratamiento farmacológico con terapia sustitutiva con nicotina en forma de parches y chicles. Tras el alta el paciente es remitido a consultas de Tabaquismo para seguimiento. Se calcula el porcentaje de fumadores que abandonan el consumo de tabaco a los 6 meses y al año de

Tabla 1. Estadística descriptiva de la muestra

n	202
Edad (años)	57,4 \pm 10
Género (ser varón)	147 (73% varones)
Nivel de estudios	151 (77% estudios primarios)
Servicio de ingreso	95 (47% Neumología)
Estancia media (días)	9,1 \pm 12
Índice de comorbilidad de Charlson	3,1 \pm 2,8
Consumo acumulado (paq-año)	49,7 \pm 23,4
Edad de inicio (años)	16,3 \pm 4,4
Motivación (EVA)	8,5 \pm 2,1
Autoeficacia (EVA)	5,4 \pm 2,6
Dependencia (FTND)	4,6 \pm 1,9
Uso de tratamiento farmacológico	117 (58% terapia sustitutiva con nicotina combinada)
Abstinencia a los 6 meses (%)	83 (41%)
Abstinencia al año (%)	71 (35%)

Los datos se expresan en porcentajes y medias \pm desviación estándar

Tabla 2. Factores asociados a la eficacia de la intervención de deshabituación tabáquica a los 6 meses de la hospitalización

Factores asociados	Abstinencia a los 6 meses (%)	p
Comorbilidad psiquiátrica		0.001
Sí	28%	
No	53%	
Convivientes fumadores		0.0034
Sí	25%	
No	44%	

Tabla 3. Factores asociados a la eficacia de la intervención de deshabituación tabáquica al año de la hospitalización

Factores asociados	Abstinencia al año (%)	p
Comorbilidad psiquiátrica		0.004
Sí	25%	
No	47%	
Recompensa		0.0034
Positiva	20%	
Negativa	30%	

*Los valores se expresan en medias \pm desviación estándar. Se verifica si existe una asociación entre abstinencia a los 6 meses y al año y variables cualitativas mediante el test Chi-cuadrado.

dicho ingreso. Posteriormente se verifica si existe asociación entre variables clínicas y asociadas al tabaquismo con la eficacia de dicha intervención a los 6 meses y al año. Para ello utilizamos el test chi-cuadrado, test t-Student y el test U-Mann-Whitney.

Resultados: Se analizaron 202 pacientes hospitalizados durante el año 2016. El 80% de los pacientes estaban ingresados en una especialidad médica y el 47% en la planta de Neumología. La abstinencia a los 6 meses es del 41% y al año del 35% (tabla 1). La presencia de comorbilidad psiquiátrica y convivir en un ambiente de fumadores se asocia con una menor abstinencia a los 6 meses (28% frente a 53%; $p = 0,001$) y (25% frente a 44%; $p = 0,0034$) respectivamente. La comorbilidad psiquiátrica y fumar por recompensa positiva se asocia a una menor abstinencia al año (25% frente a 47%; $p = 0,04$) y (20% frente a 30%; $p = 0,0034$) respectivamente. La presencia de un mayor valor medio de motivación medido por la escala visual analógica se asocia a una mayor abstinencia al año siendo esta diferencia estadísticamente significativa (9,2 2,1 frente a 8,2 2,3 $p = 0,049$).

Conclusiones: Las intervenciones de cesación tabáquica en fumadores hospitalizados incrementan las posibilidades de éxito de la deshabituación.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS CONSULTAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

E. Cabrera César¹, C. Rabade Castedo², C.A. Amado Diago³, J.I. de Granda Orive⁴, F. Fiorentino⁵, C. Matesanz Ruiz⁶ y E.B. de Higes Martínez⁷

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ²Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España. ³Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España. ⁴Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario Son Espases, Mallorca, Islas Baleares, España. ⁶Hospital Infanta Leonor, Madrid, España. ⁷Grupo Emergente de Tabaquismo, Hospital de Alcorcón, Madrid, España.

Introducción: Se ha observado que durante la abstinencia tabáquica la ansiedad y la depresión es más frecuente y más intensa, motivo por el que los fumadores encuentran dificultades para mantenerse sin fumar y se producen recaídas. El objetivo de este estudio es determinar la relación existente entre la ansiedad y la depresión en pacientes fumadores que acuden a consultas especializadas de deshabituación tabáquica y su evolución en función del hábito tabáquico.

Material y métodos: El grupo emergente de tabaquismo ha realizado un estudio multicéntrico longitudinal en pacientes fumadores que

Puntuaciones de STAI A, STAI B y BECK a los 15 días y a los 30 días

A los 15 días		Al mes	
STAI A		STAI A	
-No fuman	28,26	-No fuman	28,79
-Si fuman	40,28	-Si fuman	44,72
p	0,001	p	0,001
STAI B		STAI B	
-No fuman	24,82	-No fuman	22,44
-Si fuman	32,64	-Si fuman	40,57
p	0,001	p	0,001
BECK		BECK	
-No fuman	12,12	-No fuman	11,67
-Si fuman	19,39	-Si fuman	20,06
p	0,041	p	0,067

acuden a las consultas de deshabituación tabáquica. Se ha determinado la sintomatología mediante el cuestionario de Ansiedad Estado-Rango (STAI) y el inventario de depresión de Beck.

Resultados: Se han incluido 161 pacientes, 77 son mujeres (47,8%) y 84 hombres (52,2%). La edad media es de 54 años con un IPA medio de 43,68, la edad media de inicio a fumar es 17,03. Entre las comorbilidades psiquiátricas 26 tenían ansiedad (16,15%), 30 depresión (18,6%), t. obsesivo 5 (3,1%), mixto 4 (2,5%). 57 eran EPOC (35,4%) con un FEV1 medio de 79,66%. La cooximetría era de 20,14 ppm \pm 11,81. Fagerström medio de 5,57. En la primera visita el STAI A era de 32,14, el STAI B 29,40 y el BECK 16,90. A los 15 días acuden a consulta 91 sujetos (56,5%) no han fumado el 15,5% (46) (confirmado con cooximetría con valores menor de 5 ppm) y han fumado un 28% (45). Los que no han fumado tienen unas puntuaciones: STAI A 28,26, STAI B 24,82 y BECK 12,12. Los que sí han fumado tienen unas puntuaciones: STAI A 40,28, STAI B 32,64 BECK 19,39 ($p < 0,05$ en todos ellos). A los 30 días se mantenían sin fumar 19 (11,8%), Los que no han fumado tienen unas puntuaciones: STAI A 28,79, STAI B 22,44 y BECK 11,67. Los que sí han fumado puntuaban: STAI A 44,72, STAI B 40,57 BECK 20,06. Con p de 0,001 para el STAI A y B y de 0,067 en el BECK.

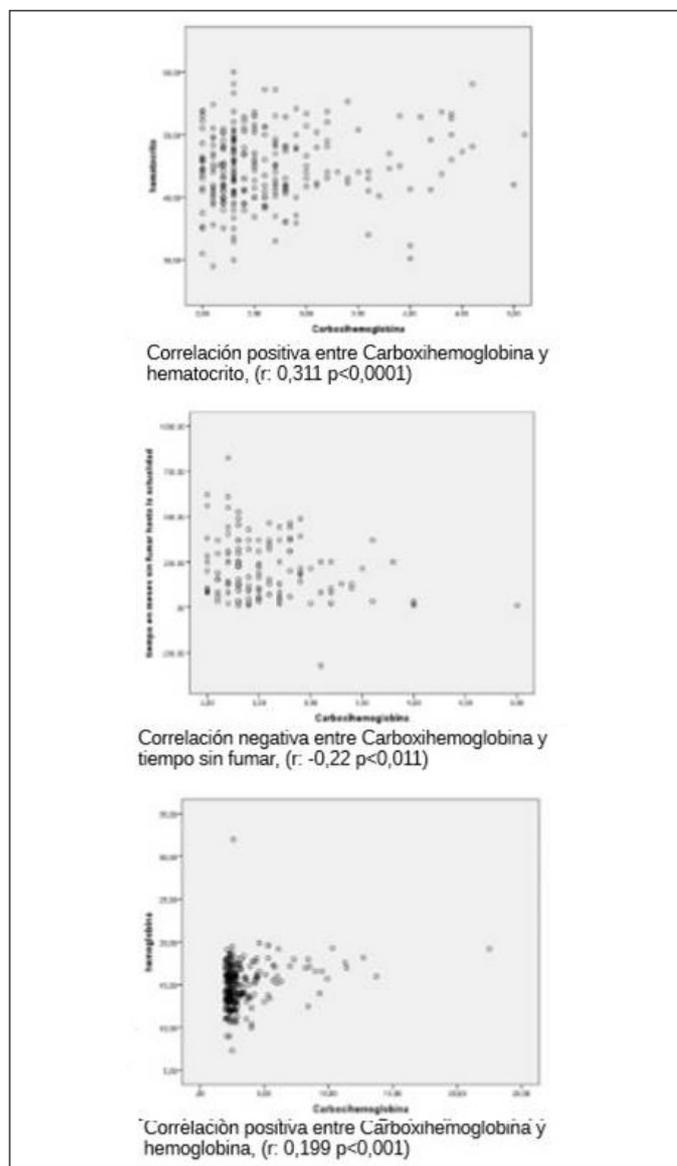
Conclusiones: Existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos y de EPOC en los pacientes que acuden a la consulta de deshabituación tabáquica. Las personas que logran la abstinencia experimentan una significativa reducción de la ansiedad y la depresión, mientras que aquellos que continúan fumando experimentan un modesto incremento. Estos datos contradicen la suposición de que fumar reduce el estrés, sugiriendo que el fracaso por dejar de fumar aumenta la ansiedad.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CARBOXIHEMOGLOBINA ALTA DETECTADA POR GASOMETRÍA

C.M. Acosta Gutiérrez, M. Hernández Olivo, P. Landete Rodríguez, B. Aldave Orzaiz, M. Erro Iribarren, A. Roca Noval, A. Sánchez Azofra, M.T. Pastor Sanz, E. Zamora García, C. Cisneros Serrano y J. Ancochea Bermúdez

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa de niveles altos de carboxihemoglobina (COHb). En la literatura se han recogido otras causas de su elevación en el ámbito laboral y doméstico, como la exposición a fuentes de monóxido de carbono (CO). El objetivo de nues-



Correlación de Pearson.

tro estudio fue analizar las características clínicas, demográficas y analíticas de los pacientes con COHb elevada.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de 375 pacientes de la consulta de extracción de gasometría arterial de Enfermería del Hospital Universitario La Princesa. Se incluyeron en este estudio los pacientes con un nivel de COHb elevado (> 2%), dividiéndose en 3 grupos: fumadores activos (A), nunca fumadores (B) y exfumadores (C). Se analizaron las características sociodemográficas, analíticas y clínicas, comparándolas por grupos y se correlacionaron los datos con el nivel de COHb.

Resultados: Del total de la muestra, el 73,3% tenían COHb mayor de 2% con edad media de 69,29 ± 19,88, de los cuales un 31,6% nunca habían sido fumadores, un 20,4% eran fumadores activos con un IPA medio de 40 ± 24. Un 52% eran varones, siendo el 23,8% de ellos fumadores. La patología respiratoria y comorbilidades de estos pacientes, se recogen en la tabla. De nuestra muestra, el 26,9%, utilizaban oxigenoterapia crónica domiciliaria, destacando que el 23% de ellos eran nunca fumadores, siendo la indicación más frecuente otras patologías cardiovasculares. En los grupos B y C se observó una historia de tabaquismo pasivo en el 16,4% de los pacientes. El 46,6% de los grupos B y C tenían una COHb > de 2,5 y el 41,1% del A COHb > 5. De los pacientes

EPOC el 11% tenían COHb > 5% y de estos, los que pertenecían al grupo B y C el 55,9% tenían COHb > 2,4%. Destaca que de los pacientes con OCD (n 74) 2,7% tenían COHb > 5% y el 48,6% COHb entre 2,5-4,9% (p = 0,03). Se observó una correlación negativa entre el tiempo sin fumar y los niveles de COHb, (r: -0,22 p < 0,011). Así mismo, se obtuvo una correlación positiva entre los niveles de hemoglobina (r: 0,199, p < 0,001) o hematocrito (r: 0,311 p < 0,0001) con la COHb (fig.).

Diagnósticos de patología respiratoria en nuestra muestra

	Nunca fumador (N = 87)	Fumador activo (N = 56)	Exfumador (N = 132)
Diagnóstico fundamental:			
EPOC n (%)	2 (2,3%)	24 (42,9%)	91 (68,9%)
Asma n (%)	2 (2,3%)	1 (1,8%)	4 (3%)
EPID n (%)	5 (5,7%)	1 (1,8%)	6 (4,5%)
Cáncer de pulmón n (%)	0	1 (1,8%)	0
Otro n (%)	30 (34,5%)	6 (10,7%)	12 (9,1%)
SAHS n (%)	11 (12,6%)	5 (8,9%)	6 (4,5%)
Bronquiectasias n (%)	5 (5,7%)	0	2 (1,5%)
Poliglobulia n (%)	27 (31%)	17 (30,4%)	10 (7,6%)
SHO n (%)	5 (5,7%)	1 (1,8%)	1 (0,8%)
Comorbilidades			
HTA n (%)	50 (57,5%)	30 (53,6%)	83 (62,9%)
DM n (%)	17 (19,5%)	14 (25%)	29 (22%)
DL n (%)	33 (37,9%)	18 (32,1%)	58 (43,9%)
FA n (%)	15 (31,3%)	10 (20,8%)	23 (47,9%)
CI n (%)	5 (5,7%)	0	10 (7,6%)
ICC n (%)	26 (29,9%)	10 (17,9%)	24 (18,2%)
Ictus n (%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)	8 (57,1%)
Depresión n (%)	7 (8%)	6 (10,7%)	9 (6,8%)
Otros			
OCD n (%)	17 (19,5%)	10 (17,9%)	47 (35,6%)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; SAHS: síndrome de apnea-hipopnea del sueño; SHO: síndrome de hipoventilación-obesidad; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DL: dislipemia; FA: fibrilación auricular; CI: cardiopatía isquémica; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva. OCD: oxigenoterapia crónica domiciliaria.

Conclusiones: 1. Cuanto mayor tiempo sin fumar, menores niveles de COHb. 2. La poliglobulia mejora cuanto más tiempo lleven los pacientes sin fumar. 3. Casi la mitad de los pacientes no fumadores y exfumadores de nuestra muestra presentan una COHb elevada, por lo que podrían estar en un ambiente no libre de humo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE DEJARON DE FUMAR EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO

D.G. Rojas Tula¹, J.M. Bravo Nieto¹, M.J. Chozas Retamar², R.M. Sánchez-Oro Gómez¹, A. Gil Fuentes¹, J.M. Pérez Laya¹, M. Olaverria Pujols¹, M.S. Estrada Pastor¹, S. Carrasco Oliva¹, R. Perea Rozas¹, A. Ortega González¹, T. Vargas Hidalgo¹ y J. Celdrán Gil¹

¹Neumología; ²Enfermería de Neumología, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de La Reina, Toledo, España.

Introducción: El tabaquismo está considerado como la primera causa evitable de morbimortalidad en los países industrializados, de ahí el interés en su prevención y deshabituación. Nuestro objetivo es conocer las características de los pacientes con éxito en la consulta de deshabituación tabáquica del Hospital de Talavera de la Reina durante 2017.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de las historias clínicas de pacientes con éxito de deshabituación tabáquica en la consulta de tabaquismo en 2017. Se recogieron datos demográficos,

de consumo, seguimiento, cumplimiento y tratamientos. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS 22.

Resultados: Se analizaron 32 pacientes (50% mujeres), con una edad media de 55,3 años e inicio medio del consumo a los 16,5 años. La media de consumo acumulado fue 36,7 paquetes-año, consumo diario 17,2 cigarrillos/d, CO 15,4 ppm y carboxiHb 2,8%. La media de intentos previos era de 1,21, siendo más frecuente un único intento (34,4%), seguido de ningún intento previo (28,1%). El 40,6% fumaba por recompensa positiva. El motivo fundamental para acudir a la consulta fue la salud (68%), seguido de la insistencia de amigos y familiares (15,6%). Se valoraron motivación y autoeficacia con escala analógica visual de 0 a 10 puntos siendo la media de la primera de 8,5 y la segunda de 8,4. El Fagerström medio se situó en estos pacientes en 5,9 puntos, estando la mayoría en el rango 6-7 puntos (43,8%) lo cual indica alta dependencia. El 71,9% de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes las respiratorias (40,6%), seguidas de las psiquiátricas (21,8%). El tratamiento más prescrito fue la vareniclina (26 casos-81,3%), sola (18,8%) o en combinación con TSN (62,5%), de los cuales 2 casos no completaron el tratamiento y sólo un 15,6% precisaron TSN adicional. TSN fue recomendada sola o en combinación en 5 casos (15,6%), siendo tomada en 4 casos (12,5%). El número medio de consultas necesarias hasta el alta fue de 6,2, con un tiempo de seguimiento de 12,6 meses.

Conclusiones: La adecuada derivación de los pacientes (altos grados de motivación y autoeficacia) es decisiva en el éxito del tratamiento. En nuestra serie el tratamiento con vareniclina, sola o asociada a TSN, tiene alta probabilidad de éxito. La ausencia de consultas de tabaquismo en atención primaria de nuestra área hace que se deriven pacientes de forma prematura (pocos intentos previos), lo que genera un mayor número de consultas y alarga el tiempo de seguimiento.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE EPOC FUMADOR QUE ACUDE A LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

A. Ruiz Martín¹, E. Cabrera César¹, M.C. Vera Sánchez¹, N. Reina Marfil¹, L. Piñel Jiménez², M. Garza Greaves¹, A. Martínez Mesa¹, A.M. Aguilar Gálvez¹, M.C. Fernández Aguirre¹, M.V. Hidalgo Sanjuán¹ y J.L. Velasco Garrido¹

¹Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España. ²Hospital San Agustín, Linares, Jaén, España.

Introducción: Muchos pacientes con EPOC continúan fumando tras el diagnóstico. Diferentes estudios han evidenciado que los fumadores con EPOC son pacientes con aumento de la dificultad para abandonar el tabaco. El objetivo fue determinar las características del paciente EPOC fumador que acuden a la consulta de deshabituación tabáquica y evaluar la eficacia de la intervención antitabáquica a los 3 meses de seguimiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo con datos recogidos de la historia clínica de la consulta de deshabituación tabáquica de nuestro hospital durante el año 2017, donde se analizaron variables clínicas, demográficas, sobre la EPOC y su hábito tabáquico.

Resultados: La muestra total fue de 90 pacientes; 48 hombres, con edad media de 61,6 años, y 42 mujeres con media de 59 años de edad. El 95,5% de los pacientes habían sido derivados desde la consulta de Neumología. El 85% había realizado intentos previos de abandono del tabaco, de los cuales un 76% no habían utilizado ayuda farmacológica. El 66% inició el consumo de tabaco con edad inferior a 18 años. El consumo medio diario de tabaco era de 26 cigarrillos; los hombres fumaban 29 cigarrillos al día de media y las mujeres 22. Con respecto a la gravedad del EPOC, 12 eran leves (13,3%), 52 moderados (57,8%), 20 graves (22,2%) y 6 muy graves (6,6%). El 96,6% expresó su deseo de abandonar el tabaco por salud. Como terapia para dejar de fumar, 24 escogieron bupropion; 28 vareniclina, 28 TSN y 10 terapia combinada.

Tabla 1. Abandono del tabaco tras la intervención antitabáquica en función de la gravedad del EPOC

Grado EPOC	Fuman	No fuman	Total
Leve	10 (83.4%)	2 (16.6%)	12
Moderado	31 (60%)	21 (40%)	52
Grave	12 (60%)	8 (40%)	20
Muy grave	4 (66.6%)	2 (33.3%)	6

Tabla 2. Abandono del tabaco tras la intervención antitabáquica en función de la terapia elegida

Terapia	Fuman	No fuman	Total
Vareniclina	9 (32.2%)	19 (67.8%)	28
Bupropion	19 (79.2%)	5 (20.2%)	24
TSN	23 (82.1%)	5 (17.9%)	28
T. combinada	6 (60%)	4 (40%)	10

A los 3 meses de la intervención avanzada, 33 no fumaban (36,6%) y 57 sí (63,3%). Analizando los datos en función de la terapia elegida, la más eficaz fue la vareniclina con un índice de abstinencia de un 67,8% a los 3 meses (tabla 2). Con respecto a la gravedad de la EPOC, el mayor índice de abstinencia se evidenció en los EPOC moderado y grave, siendo en ambos grupos de un 40% (tabla 1).

Conclusiones: El perfil de paciente EPOC que fuma es de ambos sexos, consumidor de más de un paquete de tabaco diario y con intentos previos por dejar de fumar aunque sin haber realizado tratamiento farmacológico previamente. La mayoría de los pacientes EPOC seguían fumando a los 3 meses de la intervención antitabáquica, lo que demuestra que es una población compleja. Los mejores resultados se evidenciaron con la vareniclina. Dado que la única medida eficaz para detener la evolución del EPOC es el abandono del tabaco, es necesario insistir en una correcta intervención sobre el tabaquismo de estos pacientes.

CIGARRILLO ELECTRÓNICO: ANÁLISIS DEL PERFIL DE CONSUMO Y ACTITUD DE SUS USUARIOS PARA MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE CESACIÓN TABÁQUICA

S.A. Juarros Martínez¹, B. Muñoz Díaz¹, J.L. Morencia Fernández² y M.I. Muñoz Díez³

¹Unidad de Tabaquismo; ³Servicio de Rehabilitación, Unidad de Fisioterapia, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. ²Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León, Salamanca, España.

Introducción: El cigarrillo electrónico (ecig) es prevalente entre los fumadores. A pesar de las evidencias de su potencial daño existe controversia respecto a su utilidad sobre todo entre sus consumidores. Su perfil de uso y la actitud frente al mismo no son del todo conocidos. El objetivo de este estudio es identificar factores relativos a su uso para plantear estrategias de cesación más eficaces.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, a adultos mediante encuesta voluntaria y anónima a través de formulario vía email (octubre 2018). Se realizaron 32 preguntas relacionadas con perfil de consumo de ecig y cigarrillos convencionales (edad inicio, intensidad, refuerzo, intentos abandono, recaídas, etapa de cambio), filiación (género, edad, nivel estudios) y posicionamiento sobre ecig (conciencia daño, opinión como ayuda al abandono del tabaco, permisividad). Análisis de variables con pruebas estadísticas paramétricas y modelos de regresión (límite significación estadística $p < 0,05$).

Resultados: Respuestas de 182 personas, edad media 38,3 años (DE 8,9) (22-73), 74,2% mujeres, estudios elementales 3,8%, secundarios 12,6% y superiores 83,6%. El 98,4% sabe qué es un ecig y el 64,3% conoce una media de 2,9 (DE 3,6) personas que lo usan. Sobre situación

Tabla 1

	Fumadores de ecig	Fumadores que nunca han usado ecig	p
Genero (Mujeres / Varones)	19,6% / 34,8%	80,4% / 65,2%	0,142
Nivel estudios (Elemental / Secundario / Superior)	8% / 22% / 70%	4,7% / 9,5% / 85,8%	0,008
Edad	36,9 (DS 8,5)	41,8 (DS 8,3)	0,021
Edad de inicio de tabaquismo convencional	17 (DS 3,3)	17 (DS 3)	0,972
Consumo medio diario de cig convencionales	12,3 (DS 7,9)	12,8 (DS 7,4)	0,784
Indice paquetes año (IPA)	11,9 (DS 10)	12,1 (DS 10)	0,938
Tiempo desde levantarse hasta primer cig (min)	105 (DS 25)	128 (DS 15)	0,840
Uso de alternativas al cig convencional (p.e. pipa)	33,3%	11,8%	0,028
Motivo consumo refuerzo positivo	77,7%	89,0%	0,215
Intentos de abandono	1,6 (DS 2,4)	1,7 (DS 1,9)	0,763
Ninguna ayuda para el abandono	77,7%	86,6%	0,504
Motivo de recaída (refuerzo positivo)	64,3%	79,5%	0,245
Etapas de cambio (Prec / Contempl / Preparado)	0% / 45,5% / 54,5%	8% / 44% / 48%	0,622

Tabla 2

	Fumadores ecig solo	Fumadores ecig dual	p
Genero (Mujeres / Varones)	53,8% / 62,5%	46,2% / 37,5%	0,697
Nivel estudios (Elemental / Secundario / Superior)	0% / 0% / 100%	11,2% / 12,2% / 66,6%	0,178
Edad	36,6 (DS 10,9)	37,2 (DS 4,1)	0,887
Edad de inicio de tabaquismo convencional	17,1 (DS 3,3)	16,9 (DS 3,5)	0,892
Consumo medio diario de cig convencionales	12,4 (DS 9,1)	12,1 (DS 7)	0,932
Indice paquetes año (IPA)	11,1 (DS 3,7)	9,3 (DS 3,3)	0,902
Tiempo desde levantarse hasta primer cig (min)	54 (DS 18)	143 (DS 50)	0,381
Uso de alternativas al cig convencional (p.e. pipa)	11,1%	55,0%	0,046
Motivo consumo refuerzo positivo	77,7%	77,7%	1,000
Intentos de abandono	2,9 (DS 2,7)	0,1 (DS 0,4)	0,016
Ninguna ayuda para el abandono	88,8%	66,6%	0,445
Motivo de recaída (refuerzo positivo)	87,5%	33,3%	0,036
Etapas de cambio (Prec / Contempl / Preparado)	0% / 0% / 100%	0% / 71,4% / 28,6%	0,022

de tabaquismo: 52,2% nunca ha fumado, 28,6% son exfumadores y 19,2% fumadores activos (sin diferencias por edad o género). El 23,6% de fumadores y exfumadores de cig convencional reconocen haber usado ecig (42,9% uso dual). Las diferencias entre fumadores de ecig y los que no lo han usado nunca se muestran en tabla 1. Las diferencias entre uso de ecig solo o dual se muestran en la tabla 2. En cuanto a la postura de consumidores de ecig frente al resto de fumadores, los primeros piensan que ecig es más sano (61,9% frente a 35,2%; $p=0,031$), creen que puede ayudar al abandono del tabaquismo (71,4% frente a 23,5%; $p=0,000$) con OR 6,8 (IC95: 2,5-18,8; $p=0,000$) y opinan que su uso debe ser permitido (42,8% frente a 17,6%; $p=0,017$) con OR 5 (IC95: 1,9-13,3; $p=0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de usuarios de ecig es alta. Alternativas al cig convencional podrían ser puerta de entrada a su inicio. Tienen mayor predisposición al abandono del tabaco (sobre todo uso no dual) con más intentos. Su opinión como ayuda en la cesación es a favor y tienen menor conciencia de daño lo que podría interferir en un intento de abandono. Se deberían amplificar estrategias de motivación para avanzar en la etapa de cambio de los usuarios de ecig, incidiendo en sus falsas creencias sobre el impacto en la salud.

COMPARACIÓN DE LA OSCILOMETRÍA FORZADA Y EL ÓXIDO NÍTRICO BICOMPARTIMENTAL EN LA EVALUACIÓN DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA DE FUMADORES

J.A. Tenes Mayén, C. García Quero, R. Casitas Mateo, M. Martínez Redondo, E. Martínez Cerón, R. Galera Martínez, A. Falcone y F. García Río

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: La oscilometría forzada (IOS) y el óxido nítrico (NO) bicompartmental constituyen pruebas específicas para evaluar la

disfunción de pequeñas vías (DPV), aunque se dispone de poca información comparativa de su rentabilidad en sujetos expuestos al tabaco. **Objetivos:** comparar la capacidad de la IOS y el NO bicompartmental para discriminar entre no fumadores, fumadores sin limitación al flujo aéreo (LFA) y fumadores con LFA. Evaluar la relación entre los parámetros proporcionados por ambas pruebas, así como con la calidad de vida.

Material y métodos: Se estudian 20 sujetos no fumadores, 53 fumadores sin LFA y 20 fumadores con LFA, de similares características antropométricas y sin evidencia de otra comorbilidad. Además de caracterizar el tabaquismo y medir su calidad de vida (cuestionario SF-36), en todos los sujetos se realizó oscilometría forzada (Vyasis) y determinación NO a múltiples flujos (EcoMedics).

Resultados: Tanto en los fumadores con LFA como sin ella, se detectaron diferencias con respecto a los sujetos sanos en resistencia respiratoria a 5 Hz (R5) ($4,47 \pm 1,21$ frente a $4,38 \pm 1,47$ frente a $2,89 \pm 0,31$ cmH₂O/l/s; $p < 0,001$), resistencia respiratoria a 20 Hz (R20) ($5,54 \pm 1,72$ frente a $5,04 \pm 1,93$ frente a $3,22 \pm 0,39$ cmH₂O/l/s; $p < 0,001$) y reactancia capacitativa distal a 5 Hz (X5) ($4,71 \pm 1,34$ frente a $4,57 \pm 1,50$ frente a $3,03 \pm 0,31$ cmH₂O/l/s; $p < 0,001$). Con respecto al NO bicompartmental, únicamente la concentración alveolar de NO (CANO) resultó menor en los dos grupos de fumadores que en los no fumadores ($1,8 \pm 1,0$ frente a $0,7 \pm 0,7$ frente a $2,3 \pm 2,2$ ppb; $p = 0,002$), sin detectar diferencias en los otros parámetros evaluados. Según estos datos, la prevalencia de DPV entre fumadores sin LFA fue del 30% con la IOS (R5 y R5-20 > límites superiores de la normalidad) y sólo del 8% con el NO bicompartmental (CANO > 2 ppb) ($p = 0,025$). No se evidenció relación alguna entre los parámetros de la IOS (R5, R20 ni X5) con la CANO, tanto en la totalidad de fumadores activos como en los fumadores sin LFA. Por último, la afectación del componente físico de fumadores (SF36) se relacionó con R5 ($r = -0,338$; $p < 0,01$), R20 ($r = -0,366$; $p < 0,001$) y X5 ($r = -0,365$; $p < 0,01$), pero con ningún parámetro del NO bicompartmental.

Conclusiones: En fumadores activos, la IOS tiene más capacidad para detectar alteraciones de la pequeña vía aérea que el NO bicompartmental.

mental, probablemente por el efecto del tabaco sobre los valores basales de NO. Además, la evaluación de la DPV mediante la IOS se relaciona con la calidad de vida de los fumadores.

CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

A. Cerezo-Hernández, V. García Gallardo, C.A. Arroyo Domingo, A. Gómez García, M.D. Terranova Ríos, C. Urbina, F.J. Pagán Buzo y A.M. Andrés Blanco

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Introducción: El 30% de accidentes cardiovasculares agudos se atribuyen al tabaquismo, por ello, representa uno de los principales factores de riesgo coronario. El control del tabaquismo es imprescindible en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares (ECV). No es insignificante el porcentaje de pacientes que continúan fumando tras un episodio coronario agudo, y las recaídas son muy frecuentes. Las Subunidades de Tabaquismo dentro de los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) pueden facilitar el control de esta drogodependencia. La educación en la enfermedad es uno de los pasos básicos para prevención y el abandono del tabaquismo. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos sobre tabaquismo de pacientes en programa de rehabilitación cardíaca

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. La población se compone de pacientes derivados al PRC. Todos ellos realizaron un cuestionario sobre conocimientos de tabaquismo de la Sociedad Española de Cardiología en el que se abordan los siguientes ítems: definición, síntomas, tratamiento y su efectividad, herramientas para dejar de fumar, tabaquismo pasivo, recomendaciones y estrategias para dejar de fumar, beneficios del abandono del tabaquismo e influencia del tabaquismo sobre las ECV. Se evaluaron las respuestas obtenidas en el cuestionario mediante estadística descriptiva.

Resultados: Un total de 60 cuestionarios fueron analizados. Un 90% de pacientes consideran el tabaquismo una enfermedad crónica con posible tratamiento. Un 40% cree que el tratamiento farmacológico y psicológico son efectivos, y otro 40% cree que lo más efectivo es dejarlo de una sola vez. Un 85% cree que para dejar de fumar debemos tomar la decisión positiva de dejarlo e incluir hábitos sanos en nuestra vida diaria. Un 90% piensa que los fumadores pasivos sufren síntomas secundarios. Un 70% piensa que para dejar de fumar se recomienda seguir una dieta equilibrada, ejercicio y hacer del hogar un sitio libre de humo. Un 80% piensa que dejar de fumar tiene beneficios sobre la salud y la mortalidad. El 80% cree que una buena estrategia para dejar de fumar es fijar una fecha. El 95% piensa que fumar regularmente aumenta el riesgo de ECV a largo plazo. Un 70% conoce sus efectos fisiopatológicos sobre el corazón.

Conclusiones: La mayoría de pacientes incluidos en Programas de Rehabilitación Cardíaca tienen conocimientos adecuados sobre los distintos aspectos del tabaquismo, aunque deberían evaluarse e insistir en la educación para la prevención tanto primaria como secundaria.

CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL ORIENTE DE ASTURIAS

J. Jiménez Pérez¹, I. García Fernández², J. Rodríguez López¹, B. González Prieto¹, F. Fernández Rodríguez¹, A. Martínez Zapico¹, S.A. Fernández-Peña Mosquera¹ y P.L. Abad Requejo¹

¹Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, Asturias, España.

²Área Sanitaria III, Avilés, Asturias, España.

Introducción: Nuestro objetivo era valorar la necesidad de crear una consulta antitabaco en el área VI de Asturias y consultar con los pacientes fumadores la posibilidad de acudir, eligiendo dónde realizarla.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo mediante encuesta a los pacientes fumadores que acudieron a consultas de Neumología por cualquier motivo entre agosto y octubre de 2018. Se recogieron datos de filiación, tabaquismo, diagnóstico neumológico, comorbilidad por el tabaquismo, fase de abandono y posibilidad de acudir a una consulta específica antitabaco y dónde realizarla.

Resultados: Identificamos un total de 35 fumadores activos en el periodo del estudio, con predominio femenino (57% del total). La edad media fue de 54,43 con un consumo de tabaco medio de 28,6 paq-año. La distancia desde el domicilio al hospital era de 23,5 km de media, siendo > 5 km al centro de salud en 6 pacientes. 3 de los pacientes presentaban otra comorbilidad relacionada con el tabaco, 2 vascular y 1 neoplásico. En cuanto a la fase de abandono del tabaquismo, la mayor parte de los pacientes se encontraban en fase de precontemplación (21 pacientes, un 60% del total). 24 pacientes (68,6%) referían haber realizado al menos 1 intento previo de dejar de fumar, de los que solamente 6 había sido con ayuda médica y 3 con ayuda farmacológica. Al ser preguntados sobre la posibilidad de acudir a consulta para dejar de fumar, 21 pacientes (60% del total) contestaron que sí, eligiendo como lugar preferible el centro de salud 11 de los pacientes, siendo el hospital de área 7 pacientes y finalmente el hospital de referencia (Hospital Central de Asturias) 3 pacientes. De los 14 pacientes (40% del total) que contestaron que no, la mayor parte de ellos daba como motivo que podían dejarlo solos (6 pacientes) o simplemente no querían dejarlo (5 pacientes).

Conclusiones: Una cantidad importante de los pacientes refirieron que no acudirían a una consulta específica a pesar de ofrecer varias alternativas en cuanto a localización. Casi un 70% de los fumadores ya habían realizado un intento serio para dejarlo sin conseguirlo, la mayor parte de ellos sin ayuda médica, por lo que consideramos que debe ofertarse dicha posibilidad. En nuestra área debido a la dispersión poblacional y la dificultad, en ocasiones, de acceso al Hospital, además teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes, nos parece más indicado plantear el tratamiento del tabaquismo en el ámbito de la AP, siempre ofreciendo apoyo y colaboración desde Neumología.

CONSULTA HOSPITALARIA ESPECÍFICA DE TABAQUISMO: VALORACIÓN DE SU EFICACIA Y PERFIL DE LOS FUMADORES ATENDIDOS

O.B. Salamea Ávila, R. Lera Álvarez, M. Climent Gregori, I. López Moreno, E. Lillo González, P. Plaza Valía y S. Herrera Lara

Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: El consumo de tabaco se asocia a las enfermedades con mayor índice de mortalidad. Disminuir la prevalencia del tabaquismo es un objetivo prioritario de las políticas de salud, y las consultas de tabaquismo un adecuado recurso para conseguirlo. El mejor conocimiento de los factores asociados a los fumadores que acuden a una consulta específica de tabaquismo (CET) ayuda a optimizar su manejo. **Objetivo:** analizar las características asociadas al tabaquismo de los pacientes que acuden a una CET de un hospital terciario, y valorar su eficacia según la abstinencia al año.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes que acudieron a la CET del 15/05/2015 al 30/10/2018 y análisis de abstinencia al año de los que acudieron entre el 15/05/2015 y 30/10/2017. Análisis descriptivo de la muestra y test chi cuadrado para variables categóricas con el programa estadístico SPSS. Valor de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 645 fumadores (55,8% mujeres), edad media de 54,8 ± 10,3 años, consumo medio de 20,28 ± 11,2 c/d, exposi-

ción acumulada (IAP) de $39,2 \pm 18,5$ años-paquete y un CO en aire espirado de $24,2 \pm 13,9$ ppm. La edad promedio de inicio fue $16,5 \pm 4,7$ años, dependencia (TF) de $6,09 \pm 2,01$ y motivación (TR) de $7,6 \pm 1,7$. Remitidos principalmente por neumología (48,1%), medicina interna (9,7%), atención primaria (9,1%), cardiología (4,2%), oncología (4,1%) y ORL (2,9%). Las patologías más prevalentes fueron: dislipemia (32,6%), HTA (30,4%), EPOC (26,4%) y enfermedad psiquiátrica (16,1%). El tratamiento prescrito fue vareniclina en 298 (46,2%), TSN combinada (parches junto a chicles, comprimidos o spray bucal) en 270 (41,8%), bupropión en 5 (0,77%) y solo con apoyo psicológico 65 (10,6%). Para el estudio de abstinencia se analizó una muestra de 447 fumadores. Al año completaron el seguimiento 232 (51,9%). Del total, se mantuvieron abstinentes 168 (37,6%), sin observar diferencias significativas según el tratamiento prescrito ni por género.

Conclusiones: 1. El fumador remitido a nuestra CET tiene un alto consumo, alta exposición acumulada, dependencia física moderada-alta, alta motivación, son remitidos por una amplia variedad de especialidades y presentan comorbilidad asociada. 2. Todos los tratamientos farmacológicos recomendados son eficaces. 3. Lograr un mayor cumplimiento en el seguimiento sería fundamental para incrementar la eficacia.

CONSUMO ACTIVO DE TABACO EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA. UNA REALIDAD POCO CONOCIDA

E. Barrueco Otero¹, M. Bartol Sánchez², J. Pérez Rodríguez³, J.M. González Ruiz², S. Jodra Sánchez², A. Sánchez Fernández², J.J. Rauseo López² y M. Barrueco Ferrero²

¹Hospital de Barbastro, Barbastro, Huesca, España. ²Hospital Universitario, Salamanca, España. ³Hospital La Paz, Madrid, España.

Introducción: El consumo de tabaco está contraindicado en pacientes con OCD. Es conocido el efecto deletéreo del humo del tabaco en cualquier persona y, especialmente, en pacientes con enfermedades respiratorias. Este efecto disminuye la eficacia de la oxigenoterapia, ya que el CO tiene una afinidad por la hemoglobina 250 veces mayor que el oxígeno. El objetivo del estudio ha sido conocer la prevalencia del tabaquismo entre los pacientes con OCD en el área de salud de Salamanca.

Material y métodos: La población objeto de estudio fueron todos los pacientes con OCD (954 pacientes). De ellos, 5 rechazaron participar en el estudio, por lo que la muestra final objeto de estudio fue de 949 pacientes. Para determinar el consumo de tabaco se utilizaron un método directo (determinación de CO en aire espirado) y uno indirecto (encuesta y presencia de signos indirectos de consumo en el domicilio del paciente).

Resultados: En respuesta al cuestionario el 48,1% de los pacientes (n = 459) afirma haber sido o ser fumador. De este grupo el 5,8% (27 pacientes) declara continuar fumando y 4 (14,8% de los que aseguran seguir fumando) reconocen que fuman incluso mientras se administran el oxígeno. El grupo que afirma continuar fumando reconoce un consumo medio de 11 ± 8 cigarrillos/día. Se observaron indicios de consumo de tabaco únicamente en el 3,9% de los casos (37 pacientes), todos pertenecientes al grupo de fumadores. Si se suma la estimación obtenida por ambos métodos indirectos el porcentaje de fumadores se puede estimar en el 8,06% de la población fumadora (37 de 459 pacientes). El CO en aire espirado en el grupo considerado como nunca fumadores, mostró un valor medio de $3,39 \pm 0,18$ ppm y en el grupo de pacientes considerados como alguna vez fumadores (exfumadores más fumadores activos) de $3,91 \pm 0,20$ ppm (ns). En el grupo autodeclarado como fumadores actuales (27 pacientes) el valor medio de CO fue de $13,9 \pm 9,2$ ppm ($p < 0,001$). Al agrupar a los 27 pacientes

que con los 10 en los que existían indicios razonables de que pudieran estar fumando, el valor medio de CO fue de $11,45 \pm 1,51$ ppm.

Conclusiones: Existe un porcentaje de pacientes con OCD que continúan fumando a pesar de las recomendaciones en contra realizadas por los médicos prescriptores. Estos pacientes no siempre reconocen que siguen fumando. La utilización de métodos analíticos (CO en aire espirado o cotinina en sangre o saliva) contribuye a obtener una imagen más aproximada a la realidad y permite intervenir sobre aquellos pacientes con OCD que continúan fumando.

DIFERENCIAS EN EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO ANTITABÁQUICO ENTRE JÓVENES Y “NO TAN JÓVENES”

J. Jiménez López¹, F.J. Callejas González², A. Tornero Molina², S. García Castillo², W. Almonte Batista², A. García Guerra², M. Genovés Crespo², P. León Atance², C. Rombolá², A. Honguero Martínez² y R. Godoy Mayoral²

¹Hospital de Albacete, Albacete, España. ²Complejo Hospitalario de Albacete, Albacete, España.

Introducción: Sabemos que existen muchas diferencias entre los pacientes y la forma de afrontar sus patologías en función de la edad, queríamos saber si aumentaban o disminuían las probabilidades de éxito en el tratamiento antitabáquico en función de ésta.

Material y métodos: Se estudiaron 1.484 pacientes. Se dividió la muestra entre los que eran mayores de 45 años y los menores. Se analizaron las variables: género, tipo de tabaco, HTA, DM, DLP, comor-

N = 1.484	Jóvenes (665)	Menos jóvenes (819)	
Varón	301 (45,3%)	462 (56,4%)	p < 0,001
Mujer	364	357	
Edad	36,9 (DE 6,5)	54,9 (DE 7,3)	p < 0,001
Cig/día	24,3 (DE 10,8)	26,3 (DE 12,6)	p = 0,002
Edad inicio	16,4 (DE 2,9)	17,6 (DE 5,4)	p < 0,001
TAS	118,1 (DE 15,6)	127,9 (DE 19,3)	p < 0,001
TAD	74,8 (DE 12)	78,4 (DE 11,9)	p = 0,001
FEV1%	99,9 (DE 15,9)	90,1 (DE 20,5)	p < 0,001
FVC%	97 (DE 14,4)	88,8 (DE 16,4)	p < 0,001
HTA	45 (6,8%)	237 (28,9%)	p < 0,001
DM	30 (4,5%)	129 (15,8%)	p < 0,001
DLP	122 (18,3%)	314 (38,3%)	p < 0,001
Cpsiq	268 (40,3%)	314 (38,3%)	p = 0,442
Otras drogas	79 (11,9%)	27 (3,3%)	p < 0,001
Alcohol	50 (7,5%)	137 (16,7%)	p < 0,001
Tabaco			p < 0,001
Rubio	549 (82,5%)	576 (70,3%)	
Negro	18 (2,7%)	113 (13,8%)	
Lights	90 (13,5%)	98 (12%)	
Otro	8 (1,2%)	32 (3,9%)	
Intentos previos	1,34 (DE 1,4)	1,6 (DE 2,1)	p = 0,006
Fagerström	6,02 (DE 2,2)	6,05 (DE 2,3)	p = 0,85
Richmond	8,14 (DE 1,4)	8,12 (DE 1,4)	p = 0,75
Cooximetría	17,39 (DE 9,2)	16,06 (DE 9,3)	p = 0,006
Tratamiento			p = 0,015
Ninguno	165 (24,8%)	192 (23,4%)	
TSN	188 (28,3%)	231 (28,2%)	
Bupropión	75 (11,3%)	56 (6,8%)	
VRN	221 (33,2%)	322 (39,3%)	
Otro	16 (2,4%)	18 (2,2%)	
No acuden 2ª visita	337 (50,7%)	394 (48,1%)	p = 0,325
Tratamiento completo	162 (24,4%)	194 (23,7%)	p = 0,76
Fracaso	48 (7,2%)	93 (11,4%)	p = 0,007
Éxito	107 (16,1%)	136 (16,6%)	p = 0,79

bilidad psiquiátrica, tipo de tratamiento, edad, nº 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 y los que no acudieron a la segunda consulta. 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: Fueron 1.484 pacientes. Los resultados están resumidos en la tabla.

Conclusiones: 1. Predominan las mujeres entre los jóvenes y los hombres entre “no tan jóvenes”. 2. Los jóvenes empiezan a fumar antes, fuman menos, tienen menos intentos previos y toman otras drogas. 3. Los “no tan jóvenes” tienen más FRC, mayor TA y menor función pulmonar y beben más y fuman más negro. 4. La dependencia y motivación son equiparables y la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica. 5. Hay diferencias en el tratamiento administrado (más bupropión en jóvenes y más vareniclina en los “no tan jóvenes”) (la edad de pacientes que acuden aumenta a lo largo de los años), sin embargo el éxito, los que completan tratamiento y los que no acuden a la 2ª visita son iguales. El fracaso es mayor entre los “no tan jóvenes”

DIFERENCIAS POR SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE TABAQUISMO DE CIUDAD REAL DURANTE UN AÑO

P. Mata Calderón, I.M. Ordóñez Dios, F.J. Lázaro Polo, C. Bujalance Cabrera, B. Herrero González y J. Sanz Martínez

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción: El objetivo del trabajo es analizar las características de los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo y valorar si existen diferencias entre sexos en cuanto a características basales, comorbilidad, dependencia nicotínica (medida por el test de Fagerström) y porcentaje de abandono.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital General de Ciudad Real desde enero de 2016 a junio de 2017.

Resultados: Fueron incluidos 345 pacientes, 191 hombres (55,4%) y 154 mujeres (44,6%). La edad media de los hombres atendidos fue de 48,30 años (DE 11,2) y la de las mujeres de 46,42 años (DE 10,5). Los hombres presentaron mayor número de comorbilidades, un 17% presentaban diabetes mellitus, un 27% hipertensión arterial y un 20% hipercolesterolemia, encontrándose en estos casos diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p < 0,016$, $p < 0,003$ y $p < 0,019$ respectivamente). Las mujeres, por su parte, presentaron con mayor frecuencia síndrome depresivo (36% de ellas) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$). La edad de inicio del consumo tabáquico fue ligeramente inferior en hombres con una media de 16,18 años (DE 3,7) frente a los 17,02 años de las mujeres (DE 5,16). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,04$) entre sexos en el número de cigarrillos al día que consumían, 23,81 cigarrillos (DE 9,6) los hombres frente a 21,05 (DE 8) de las mujeres. Ambos sexos presentaban número de intentos de abandono similar con 1,36 (DE 1,613) en los hombres y 1,37 intentos en mujeres ($p < 0,978$). No se encontraron diferencias entre sexos en cuanto al grado de dependencia. Un total de 215 pacientes iniciaron algún tipo de terapia (117 hombres y 98 mujeres). El fármaco más empleado fue vareniclina (utilizado en 96 hombres y 65 mujeres, $p < 0,078$). El 73% de las mujeres completaron el tratamiento frente al 66% de los hombres. En cuanto al porcentaje de abstinencia al año de seguimiento encontramos que tanto en hombres como mujeres presentan un porcentaje de abstinencia del 56%.

Conclusiones: Los hombres presentan inicialmente más comorbilidades que las mujeres, predominando en estas últimas los síntomas

depresivos. Los varones inician el consumo de tabaco a menor edad y consumiendo un mayor número de cigarrillos al día. Objetivamos porcentajes de abstinencia superiores a otras series publicadas con anterioridad, con un 56% de abstinencia al año en ambos sexos.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON VARENICLINA

M. Rodríguez Pericacho, C. Rodríguez García, L. González Justo, M.Á. Villanueva Montes, J.D. Álvarez Mavárez, R. Rodríguez Seoane, J.A. Gullón Blanco, J. Allende González, A. Sánchez Antuña, B. García Pulido, F. Álvarez Navascués y M.Á. Martínez Muñiz

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España.

Introducción: El objetivo del estudio fue evaluar las características de los pacientes tratados con vareniclina en nuestra consulta y su efectividad en la deshabitación tabáquica.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes que acudieron a la consulta de deshabitación tabáquica del Hospital San Agustín de Avilés desde enero de 2012 a diciembre de 2016. Se recogieron las variables: edad, sexo, comorbilidades (patología psiquiátrica, patología de la vía aérea, patología cardiológica), consumo acumulado (paquetes/año), consumo por día (cigarrillos/día), tiempo al primer cigarrillo fumado en el día (minutos), intento previo de deshabitación y test Fagerström, valorando nivel de dependencia según su puntuación: baja (0-4), media (5-6) y alta (7-10). Se constató la abstinencia a los 3,6 y 12 meses mediante cooximetría (monóxido de carbono espirado ≤ 10 ppm). Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS; en la comparación de variables cuantitativas se utilizó la t de Student y la chi cuadrado en las variables cualitativas y se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 396 pacientes de los cuales 230 (58%) habían sido tratados con vareniclina y 166 (42%) con otros tratamientos (terapia sustitutiva, bupropión). Del grupo tratado con vareniclina un 52% eran hombres y el 48% mujeres con una edad media de 52,6 años. El consumo medio fue de 38,5 paquetes/año y el consu-

Tabla 1. Características pacientes según tratamiento

	Vareniclina	Otros	p
Edad (años)	52,6	52,7	
Sexo			
Hombre	119 (52%)	67 (40%)	
Mujer	111 (48%)	99 (60%)	
Patología obstructiva vía aérea	99 (43%)	81 (49%)	
Patología cardiológica	15 (7%)	9 (5%)	
Patología psiquiátrica	47 (20%)	51 (31%)	0,02
Consumo acumulado (paquetes/año)	37,9	38,5	
Cigarrillos/día	20,7	17,9	0,01
< 10	29 (13%)	62 (38%)	0,00
11-20	143 (62%)	65 (39%)	
21-30	38 (17%)	22 (13%)	
> 30	20 (8%)	17 (10%)	
Tiempo al 1º cigarrillo (minutos)			
< 5	97 (43%)	68 (41%)	
5-30	87 (38%)	54 (33%)	
30-60	30 (13%)	27 (16%)	
> 60	14 (6%)	13 (10%)	
Test Fagerström	5,6	6,3	0,02
Baja	64 (28%)	65 (39%)	
Media	90 (39%)	44 (27%)	
Alta	76 (33%)	56 (34%)	
Intento previo deshabitación	192 (84%)	126 (76%)	

mo medio de cigarrillos/día de 19,5. La puntuación media del test de Fagerström fue 5,61. Un 84% de los pacientes había realizado al menos un intento previo de deshabituación. En la tabla 1 se muestra la comparativa entre ambas muestras. En el grupo de vareniclina se trataron menos pacientes con patología psiquiátrica asociada, el 20% de frente al 31% de otros tratamientos. Además los pacientes tratados con vareniclina tenían un mayor consumo (más de 10 cigarrillos día el 87% frente al 62% de otras terapias) y puntuaban más en el test de Fagerström por segmentos. La abstinencia a los 3 y 6 meses y al año en el grupo tratado con vareniclina fue mayor que en el grupo tratado con otras terapias de manera significativa (tabla 2).

Tabla 2. Efectividad

Abstinencia (meses)	Vareniclina	Otros	p
3	119 (52%)	44 (27%)	0,00
6	90 (39%)	38 (23%)	0,01
> 12	81 (35%)	35 (21%)	0,02

Conclusiones: La vareniclina fue utilizada con menor frecuencia en pacientes con patología psiquiátrica asociada. Los pacientes presentaban un grado de dependencia física moderada-alta y un consumo de tabaco elevado al día. La vareniclina fue más efectiva en la deshabituación tabáquica.

EFEECTO DEL TABAQUISMO EN EL ÍNDICE DE RONQUIDO Y SAHS EN POBLACIÓN NO OBESA

C.J. Madrid Carbajal, M.J. Vázquez López, G. Rubinos Cuadros, L. Pérez Martínez, M. Íscar Urrutia, J. Herrero Huertas, I. Ruiz Álvarez, R. Fernández Álvarez, A. Moreda Bernardo y P. Casán Clarà

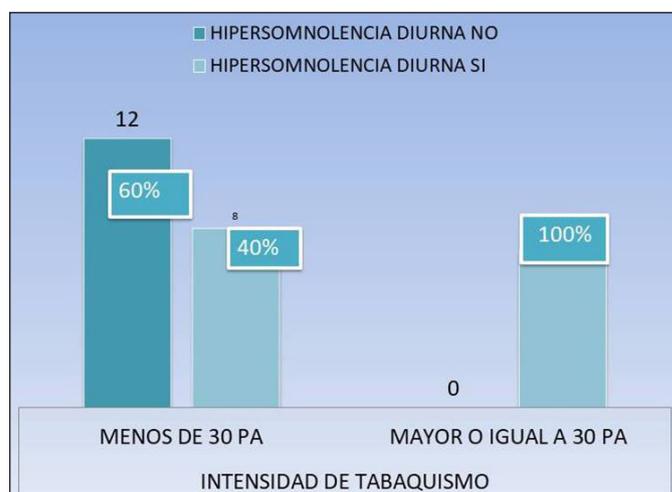
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción: El tabaquismo debería ser considerado como un factor de riesgo para la mayoría de trastornos respiratorios del sueño. Por eso nuestro objetivo fue determinar la influencia del hábito tabáquico en la presentación clínica y poligráfica en una población no obesa con sospecha de SAHS.

Material y métodos: Se realizó un estudio trasversal, descriptivo de pacientes referidos a la Unidad de Trastornos respiratorios de sueño del Hospital Central Universitario de Asturias con sospecha de SAHS entre los meses de junio y septiembre de 2018. Criterios de inclusión: IMC menor o igual a 30 Kg/m² con sospecha de SAHS. Se analizaron datos demográficos, comorbilidad, índice acumulado de tabaquismo, drogas, medicación hipnótica, datos antropométricos, escala de Epworth y datos en poligrafía respiratoria (como IAH e índice de ronquido). Se consideró patológico un índice de ronquido superior o igual a 20% del registro. En el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 12.0. Se realizó un estudio estadístico descriptivo. En la comparación de variables cualitativas se utilizó la chi cuadrado y en la de variables

Características entre grupo de fumadores y no fumadores

	Fumadores	No fumadores
Edad (media en años)	51 (DE 10)	57 (DE 19)
Género femenino (porcentaje)	26%	74%
Género masculino (porcentaje)	58%	42%
Roncopatía patológica	52%	42%
Porcentaje de ronquido patológico	20,5 (DE 17,2)	17,4 (DE 15,5)
SAHS	43%	57%
Índice de apnea-hipopnea (IAH)	22,33 (DE 20,6)	20,25 (DE 17,7)
Somnolencia diurna	39%	61%



Relación de intensidad de tabaquismo con hipersomnolencia diurna.

cuantitativas la comparación de medias. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes de un total de 170 pacientes con sospecha de SAHS. El 61%, sexo masculino. La edad media fue 54 años (DE 15,8). Fumadores el 46%. Presentaban comorbilidad el 74% las más prevalentes: enfermedades cardiovasculares (50%), asma (14%), EPOC (9%), rinitis (6%) y desviación del tabique nasal 4%. Fueron roncodores patológicos el 42,2%. Consumen alcohol 8,5%, drogas el 1,7% e hipnóticos el 26%, de estos el 66% presentaron roncopatía patológica ($p < 0,05$). En la muestra estudiada el 86% presentó SAHS, leve 37,3%, moderado 15,3%, grave 32,2%. Los pacientes con SAHS el 100% tenía roncopatía patológica ($p < 0,05$). Ver en la tabla 1, las características del grupo de fumadores y no fumadores. La intensidad del tabaquismo se relaciona con mayor IAH ($p 0,047$) siendo el 71% graves en el grupo de fumadores con un consumo superior a 30 paquete-año (PA). La intensidad de consumo de tabaquismo está relacionada con la existencia de hipersomnolencia diurna ($p 0,006$).

Conclusiones: 1. Casi la mitad de los pacientes referidos con sospecha de SAHS tiene hábito tabáquico. 2. El hábito tabáquico está presente en 52% de los pacientes con roncopatía patológica y 43% de los pacientes con SAHS. 3. La intensidad en el consumo de tabaco se relaciona con el IAH y con peor calidad de sueño.

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA DEJAR DE FUMAR

C. Villar Laguna, C.A. Jiménez Ruiz, A.M. Cicero Guerrero, E. Morales Calahorra y M. Cristóbal Fernández

Unidad Especializada de Tabaquismo, Madrid, España.

Introducción: Analizar la eficacia de los diferentes tipos de tratamiento farmacológico del tabaquismo en un grupo de pacientes que acudieron a una Unidad Especializada en Tabaquismo para dejar de fumar.

Material y métodos: Se estudian un total de 7.230 fumadores que acudieron a la Unidad. Todos ellos recibieron tratamiento que consistió en una combinación de asesoramiento psicológico que se les prestó en un total de 7 consultas de seguimiento y una visita basal. Las consultas de seguimiento se realizaron a la primera, segunda, cuarta, octava, duodécima, decimo-sexta y vigésimo cuarta semanas después del día D. Como tratamiento farmacológico los pacientes utilizaron Terapia sustitutiva con nicotina, bupropion o vareniclina.

Resultados: La edad media del grupo fue de 48,2 (10,9) años. 3.759 (52%) eran mujeres. La puntuación media del test de Fagerström fue

8,5 (2,7) puntos. Tiempo al primer cigarrillo: 2.892 (40%) fumaron su primer cigarrillo en los primeros 5 min, 3.398 (47%) lo fumaron entre los 5 y los 30 min; y 940 sujetos (13%) después de los 30 min. El 67% (4.844) fumaban por recompensa negativa. La distribución de los diferentes tipos de tratamiento farmacológico fue la siguiente: sin tratamiento 180 (2,5%), terapia sustitutiva con nicotina (TSN) 2.276 (31,5%), bupropion 846 (11,7%) y vareniclina 4.108 (54,3%). 4.461 (61,7%) de los sujetos tuvieron éxito a los seis meses de seguimiento. Las tasas de abstinencia para cada uno de los tratamientos utilizados fueron: sin tratamiento farmacológico 67,2%, TSN 50,3%, bupropion 61,1% y vareniclina 67,8%. El estudio mediante regresión logística mostró: a) que los sujetos tratados con bupropion frente a ser tratados con TSN multiplican por 1,5 veces (IC95% 1,4 a 1,9 veces) sus probabilidades de éxito en dejar de fumar, b) que los sujetos tratados con vareniclina frente a ser tratados con TSN multiplican por 2,2 veces (IC95% 1,9 a 2,3 veces) sus probabilidades de éxito en dejar de fumar y c) que los sujetos tratados con vareniclina frente a ser tratados con bupropion multiplican por 1,3 veces (IC95% 1,1 a 1,4 veces) sus probabilidades de éxito en dejar de fumar.

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren: a) alto grado de dependencia en los sujetos que acuden a la Unidad, b), bajo número de fumadores sin tratamiento farmacológico, c) la tasa media de abstinencia fue 61,7%, y d) vareniclina es el tratamiento farmacológico más eficaz.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGÍA

I. Bocigas¹, A. Ochoa¹, J. Signes-Costa² y E. Servera³

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico, Valencia, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Clínico, Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Clínico, Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Universidad de Valencia, Valencia, España.

Introducción: El objetivo del estudio es valorar la eficacia de un programa de tratamiento del tabaquismo en pacientes ingresados en un servicio de Neumología.

Material y métodos: Programa piloto de 3 meses de duración realizado en un Hospital terciario en el que se ha realizado un análisis prospectivo de la aplicación de la normativa SEPAR para el tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados. Se incluyen pacientes fumadores que ingresan en el servicio de Neumología por diversas causas durante tres meses. Se excluyen pacientes ex fumadores (más de 6 meses) o nunca fumadores. La intervención ha consistido en consejo antitabáquico y TSN (parches de nicotina de 21 mg). Se han recogido variables demográficas, diagnóstico al ingreso, exposición tabáquica acumulada, puntuación en el test de Fagerström reducido, intento previo de abandono, deseo de abandono y aceptación de la TSN. El control posterior de los pacientes se ha realizado al mes del alta hospitalaria mediante entrevista telefónica o visita en la consulta. Las pérdidas se consideran como fracaso terapéutico. Los resultados de las variables cuantitativas se presentan como media y desviación estándar, mientras que los resultados de las variables categóricas se presentan como porcentajes. Las variables categóricas se han comparado con el test de chi cuadrado.

Resultados: Durante 3 meses ingresan en Neumología 288 pacientes, de los cuales 79 eran fumadores (27,4%). La media de edad era de 55 ± 15 años, el 51% de los pacientes eran hombres. Del total de pacientes fumadores, el 35,6% eran EPOC. El 42,5% de los pacientes había realizado algún intento previo de abandono tabáquico, el 56% expresaron su deseo de abandono y de ellos el 42,5% aceptaron TSN. El 8,2% ha tenido algún reingreso durante el mes siguiente. En el control posterior, se observó que de los pacientes fumadores que querían abandonar

Tabla 1. Asociación entre voluntad y control posterior (test chi cuadrado de Pearson)

Voluntad	Control Posterior			P
	Abstinentes	Reduce	Continúa	
Sí	15 (38.5%)	11 (28.2%)	13 (33.3%)	0.9
No	11 (34.4%)	10 (31.3%)	11 (34.4%)	

Tabla 2. Asociación entre TSN y control posterior (test chi cuadrado de Pearson)

TSN	Control Posterior			P
	Abstinentes	Reduce	Continúa	
Sí	12 (41.4%)	9 (31%)	8 (27.6%)	0.6
No	14 (33.3%)	12 (28.6%)	16 (38.1%)	

el hábito tabáquico, el 37,7% se mantenían abstinentes; el 27,6% había reducido el consumo y el 32,6% continuaba fumando la misma cantidad. De los pacientes que aceptaron TSN, el 41% se mantenían abstinentes. Existe un 34,4% de pacientes que no querían dejar de fumar y al mes habían abandonado el hábito tabáquico. Del total de pacientes en los que se intervino 2 fueron exitos.

Conclusiones: La intervención farmacológica en pacientes fumadores hospitalizados se muestra tan eficaz como el consejo sanitario estructurado, demostrando que el ingreso hospitalario es un lugar muy adecuado para hacer una intervención en tabaquismo.

EL TABAQUISMO ES MENOS FRECUENTE EN EL ASMA GRAVE Y SE ASOCIA A LA RINOSINUSITIS CRÓNICA SIN PÓLIPOS NASALES

J.A. Castillo Vizueté¹, C. Picado Vallés², V. Plaza Moral³, G. Rodrigo Rodrigo⁴, B. Julià de Páramo⁵, C. Fernández Pérez⁶ y J. Mullol Miret⁷

¹Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España. ²Universitat de Barcelona, Barcelona, España. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁴Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay. ⁵Departamento Médico MSD España, Madrid, España. ⁶Hospital San Carlos, Madrid, España. ⁷Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: El tabaquismo en asmáticos se ha asociado con una peor respuesta al tratamiento y peor control así como con una menor disposición del paciente al abandono del tabaco y/o mayor dependencia a la nicotina que los asmáticos no fumadores. El tabaquismo también se ha asociado con un mayor prevalencia de rinosinusitis crónica (hasta 2011). Objetivo: investigar las características fenotípicas del asma con tabaquismo en cuanto a enfermedad nasosinusal asociada y gravedad de asma.

Material y métodos: Estudio prospectivo multicéntrico en asmáticos (N = 492; edad 45 ± 15 años; mujeres 70,5%), incluidos por neumólogos y especialistas ORL de 23 centros de España y Latinoamérica, clasificados por gravedad de asma según GINA/GEMA: 17,3% intermitente y 82,7% persistente [24,6% leve, 31,4% moderada, 26,7% grave]. El diagnóstico de rinitis alérgica (RA) o no alérgica (RNA) y la RSC con (RSCcPN) o sin (RSCsPN) pólipos nasales se realizó según las guías ARIA y EPOS: la mitad (49,6%) de los asmáticos tenían asociada rinitis (37% RA y 12,6% RNA) y el 37,2% tenían RSC (16,7% RSCsPN y 19,5% RSCcPN), un 14,2% de los asmáticos no presentaban síntomas nasosinusales. La persistencia de tabaquismo activo se registró en todos los pacientes mediante entrevista personal.

Resultados: El 9,6% (N = 47) de los asmáticos presentaban tabaquismo activo (10,4 en las mujeres, 7,6% en los hombres). Tabaquismo y gravedad del asma: intermitente (N = 12, 14%) o persistente leve (N = 13, 10,7%), moderada (N = 18, 11,7%) y grave (N = 4, 3,1%; p = 0,025). Tabaquismo y enfermedad nasosinusal: RNA (N = 6, 9,7%), RA (N = 19, 10,4%), RSCsPN (N = 9, 11%), RSCcPN (N = 3, 3%) o sin patología nasosinusal (N = 10, 14,3%; NS). Los asmáticos con tabaquismo activo eran

más jóvenes que los no fumadores (38 años (28-49) frente a 46 (34-58); $p = 0,09$), tenían un asma menos grave (8,5% frente a 28,5%; $p = 0,025$) y menor prevalencia de pólipos nasales (6,4% frente a 20,9%; NS). En los pacientes con asma grave y RSC asociada ($N = 66$) un 10% con RSCsPN ($p = 0,029$) y ninguno (0%) con RSCcPN presentaban tabaquismo.

Conclusiones: Uno de cada 10 asmáticos presenta hábito tabáquico el cual se asocia con menor gravedad del asma y frecuencia de RSC con pólipos nasales y con mayor frecuencia de RSC sin pólipos nasales en los asmáticos graves.

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA ANALIZAR LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN CON UNA APLICACIÓN MÓVIL (APP) DIRIGIDA AL PROCESO DE CESE DEL CONSUMO DE TABACO

L. Carrasco Hernández¹, F. Núñez Benjumea², B. Gómez Rodríguez³, M. Mesa González³, F. Puig Sánchez³, F. Jódar Sánchez², P. Bamidis⁴, A. Civit⁵, C.L. Parra Calderón⁶ y F. Ortega Ruiz¹

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, España. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Sevilla, España. ²Informática e Ingeniería Biomédicas y Economía de la Salud, Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBiS/Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ³Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

⁴Universidad de Aristóteles de Tesalónica, Tesalónica, Grecia,

⁵Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ⁶Informática e Ingeniería Biomédicas y Economía de la Salud, Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBiS/Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Introducción: El objetivo principal es analizar el impacto de la incorporación de una aplicación móvil (Social-Local-Mobile: So-Lo-Mo) sobre el proceso de deshabituación tabáquica en términos de eficacia al año de seguimiento.

Material y métodos: Estudio aleatorizado abierto con cuatro grupos en paralelo (2 grupos control -bupropion o vareniclina- y 2 grupos intervención -bupropion + app o vareniclina + app), forma parte del Proyecto Europeo Smokefreebrain financiado por el programa H2020 bajo GA No 681120 y registro en Clinicaltrials.gov NCT03553173, realizado desde octubre de 2017 a octubre 2018. Fueron reclutados 240 pacientes atendidos en la consulta de deshabituación tabáquica. Los pacientes que deseaban participar en el estudio y no cumplían criterios de exclusión (reacción adversa a los medicamentos, no disponibilidad de smartphone) fueron aleatorizados en 4 grupos. Los pacientes en el grupo de intervención utilizaban la app, que contenía información sobre la cesación tabáquica, nivel de actividad física personal, técnicas de relajación, mensajes motivacionales y herramientas de distracción para ayudar a superar el síndrome de abstinencia. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, test de Fagerström, test de Richmond, test de calidad de vida EuroQoL-5D-5L, cooximetría y test de cotinina.

Resultados: De los 240 sujetos reclutados, 95 (40,4%) finalizaron el seguimiento de 12 meses. La muestra estaba compuesta por 49 (51,6%) hombres y 46 (48,4%) mujeres, con una edad media $50,3 \pm 9,08$. De los 97 pacientes, 46,5% fueron asignados al grupo control y 53,7% al grupo intervención. La dependencia a la nicotina medida por el test de Fagerström fue de $5,2 \pm 2,1$ y $5,1 \pm 1,8$ en el grupo control e intervención respectivamente. La motivación para dejar de fumar fue medida por el test de Richmond, siendo de $9,4 \pm 0,8$ en el grupo control y $9,4 \pm 0,8$ en el grupo intervención. La eficacia (abstinencia a los 12 meses medido por el test de cotinina y cooximetría) fue del 64,7%

y 40,9% para los grupos de intervención y control respectivamente ($p = 0,002$), sin tener en cuenta el tratamiento farmacológico prescrito para el sujeto. Se observó un aumento de la calidad de vida en ambos grupos, grupo control 2,6 ($p = 0,400$) y grupo intervención 5,5 puntos ($p = 0,012$).

Conclusiones: La utilización de una aplicación móvil motivacional junto al tratamiento farmacológico es significativamente más eficaz en lograr abstinencia tabáquica a los 12 meses que el tratamiento farmacológico solo. Su uso además mejora la calidad de vida.

¿ES LA AUTOEFICACIA UN PREDICTOR DE ÉXITO O FRACASO PARA DEJAR DE FUMAR?

J.I. de Granda Orive¹, J.F. Pascual Lledó², S. Solano Reina³, S. Asensio Sánchez², M. García Rueda⁴, M.Á. Martínez Muñoz⁵, L. Lázaro Asegurado⁶, D. Bujulbasich⁷, R. Pendino⁷, S. Luhning⁸, I. Cienfuegos Agustín¹ y C.A. Jiménez Ruiz⁹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁴Hospital Carlos Haya de Málaga, Málaga, España. ⁵Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España. ⁶Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ⁷Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Centro Médico IPAM, Rosario, Argentina. ⁸Instituto Médico Humana, Centro Asistencial de Consulta Externa, Córdoba, Argentina. ⁹Unidad Especializada de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, Madrid, España.

Introducción: Se define autoeficacia como la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito en una situación particular. Es conocido que la motivación y el número de intentos previos por dejar de fumar se han mostrado como predictores de tentativa, mientras que el grado bajo de dependencia y un alto grado de autoeficacia se han mostrado como predictores de abstinencia tras el intento. Objetivo: valorar la autoeficacia como predictor de éxito o fracaso en dejar de fumar.

Material y métodos: Estudio observacional, multicéntrico 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. La autoeficacia fue valorada a partir de 2 preguntas incluidas en los cuestionarios de motivación para dejar de fumar de Richmond y de Khijwi-Watts. El análisis estadístico fue des-

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las categorías de las preguntas 4 del test de Richmond y 3 del test de Khijwi-Watts en función de la variable resultado y comparación entre "Éxito" frente a "Fracaso"

Variable	Serie global	Resultado*		p
		Fracaso	Éxito	
Pregunta 4 del Test de Richmond: ¿Cabe la posibilidad de ser un no fumador en los próximos 6 meses? (N = 274)				
Definitivamente no/Quizás	52 (19,0)	19 (36,5) (15,0)	33 (63,5) (22,4)	
Sí	134 (48,9)	67 (50,0) (52,8)	67 (50,0) (45,6)	
Definitivamente Sí	88 (32,1)	41 (46,8) (32,3)	47 (53,4) (32,0)	0,255
Definitivamente no/Quizás	52 (19,0)	19 (36,5) (15,0)	33 (63,5) (22,4)	
Sí/Definitivamente Sí	222 (81,0)	108 (48,6) (85,0)	114 (51,4) (77,6)	0,115
Pregunta 3 del test de Khijwi-Watts: ¿Qué probabilidades de éxito concedería Ud. si intentara dejarlo? (N = 275)				
Dudosas	27 (9,8)	17 (63,0) (13,3)	10 (37,0) (6,8)	
Medias	109 (39,6)	50 (45,9) (39,1)	59 (54,1) (40,0)	
Grandes	139 (50,5)	61 (43,9) (47,7)	78 (56,1) (53,1)	0,188
Dudosas/Medias	136 (49,5)	67 (49,3) (52,3)	69 (50,7) (46,9)	
Grandes	139 (50,5)	61 (43,9) (47,7)	78 (56,1) (53,1)	0,371

N: tamaño muestral. (): porcentaje. p: grado de significación. *Primer (): porcentaje por filas; segundo (): Porcentaje por columnas.

Tabla 2. Significación de las variables en los distintos modelos de regresión

Modelo	Variables										
	R4_012 (1)	R4_012 (2)	Sexo	Edad	NCig	NInt	Añosfu	TF	NivEst (1)	NivEst (2)	
(1) Enter	0,204	0,389	0,670	0,823	0,977	0,712	0,980	0,853	0,037	0,577	
(2) Forward	0,305	0,991	0,593	0,472	0,876	0,620	0,524	0,745	0,042	0,439	
(3) Backward	0,305	0,991	0,593	0,472	0,876	0,620	0,524	0,745	0,042	0,439	
		R4_01	Sexo	Edad	NCig	NInt	Añosfu	TF	NivEst (1)	NivEst (2)	
(4) Enter		0,231	0,638	0,832	0,976	0,695	0,989	0,885	0,034	0,581	
(5) Forward		0,184	0,593	0,472	0,976	0,620	0,524	0,745	0,042	0,439	
(6) Backward		0,184	0,593	0,472	0,976	0,620	0,524	0,745	0,042	0,439	
		KW3_012 (1)	KW3_012 (2)	Sexo	Edad	NCig	NInt	Añosfu	TF	NivEst (1)	NivEst (2)
(7) Enter		0,076	0,044	0,459	0,833	0,986	0,542	0,996	0,685	0,060	0,387
(8) Forward		0,863	0,339	0,538	0,598	0,889	0,599	0,645	0,771	0,050	0,439
(9) Backward		0,863	0,339	0,538	0,598	0,889	0,599	0,645	0,771	0,050	0,439
		KW3_01	Sexo	Edad	NCig	NInt	Añosfu	TF	NivEst (1)	NivEst (2)	
(10) Enter		0,320	0,589	0,753	0,993	0,598	0,877	0,739	0,058	0,439	
(11) Forward		0,339	0,538	0,598	0,889	0,599	0,645	0,771	0,050	0,439	
(12) Backward		0,339	0,538	0,598	0,889	0,599	0,645	0,771	0,050	0,439	

R4_012 (1): Sí frente a Definitivamente no/Quizás (Ref); R4_012 (2): Si frente a Definitivamente no/Quizás (Ref); R4_01: Sí/Definitivamente sí frente a Definitivamente no/Quizás. KW3_012 (1): Medias frente a Dudosas (Ref); KW3_012 (2): Grandes frente a Dudosas (Ref). KW3_01: Grandes frente a Dudosas/medias (Ref). Sexo: varón frente a mujer (Ref); NCig: número de cig/día. NInt: Número de intentos previos de abandono; Añosfu: número de años fumando; TF: test de Fagerström; NivEst (1): secundarios frente a Básicos (Ref); NivEst (2): universitarios frente a básicos (Ref). Ref: categoría de referencia.

criptivo y se llevó a cabo con el programa SPSS 20,0 para Windows. Para valorar la asociación entre la autoeficacia y la variable resultado en dejar de fumar se construyeron modelos de regresión logística. Se considero como nivel de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El estudio incluyó 275 sujetos [145 mujeres (52,7%)]. Un 53,5% (147 sujetos) tuvo éxito en dejar de fumar, frente a un 46,5% (128 sujetos) que fracasaron en el intento de dejar de fumar. No encontramos diferencias en cuanto al éxito de dejar de fumar en función de las diferentes variables analizadas salvo en el nivel de estudios que mostró asociación con el éxito o fracaso en dejar de fumar (17,1% (IC95% 4,8 a 29,4%) más de éxitos en dejar de fumar entre los sujetos con estudios secundarios y un 12,4% (IC95% 0,7 a 24,0%) más de fracasos en dejar de fumar entre los sujetos con estudios universitarios). En los modelos de regresión logística, controlando por sexo, edad, número de cigarrillos fumados al día, número de años fumando, número de intentos previos de abandono, TF y nivel de estudios no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la autoeficacia y la variable resultado (tablas).

Conclusiones: 1) La autoeficacia no fue predictora de la probabilidad de éxito o fracaso en dejar de fumar. 2) Sólo la variable "nivel de estudios" fue predictora del resultado en dejar de fumar. Los sujetos con nivel de estudios secundarios tuvieron más probabilidades de éxito en dejar de fumar que los sujetos con niveles de estudio básicos o universitarios.

Trabajo financiado por beca SEPAR 2013.

ESTUDIO PILOTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE EL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y SU DERIVACIÓN A UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Vera Solsona, S. Gómara de la Cal, A.L. Figueredo Cacacho, B. Gallego Carrión, C. Gallego Bermejo y C. Aguilar Paesa

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad adictiva que suele requerir para su control intervenciones conductuales y apoyo farmacológico. Un grupo especial de fumadores es el constituido por los ingre-

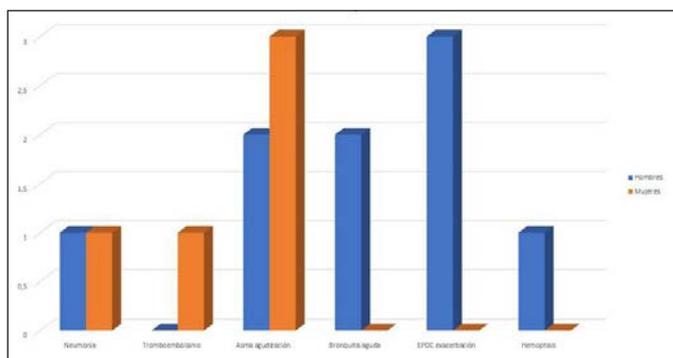
sados en un centro hospitalario, ya que es una oportunidad para intervenir sobre el abandono del tabaco. Nuestro objetivo es determinar si aumenta la motivación para la deshabituación en pacientes fumadores ingresados por causas respiratorias y la intervención que precisan.

Material y métodos: Estudio descriptivo en 14 pacientes ingresados en Neumología del H. Miguel Servet por causa respiratoria aguda en octubre/2018 (mes de inicio del protocolo desde la consulta de tabaquismo). Se registran al ingreso: antecedentes de consumo de tabaco (IPA), antecedentes psiquiátricos o drogodependencia, la enfermedad de ingreso y el tratamiento antibacaco en fase aguda. Al ingreso se realizaron los cuestionarios de grado de motivación (mediante escala EVA) y el de grado de dependencia física (test de Fagerström); y al alta, se les volvió a realizar el de motivación. Se inician pautas conductuales y/o farmacológicas y posteriormente a aquellos pacientes con grado de motivación elevado se les remite a la consulta de AP.

Resultados: La edad media es de 64,42 años, siendo el sexo masculino el 64,3%. Todos eran fumadores activos, con un IPA medio de 23. Solo 8 pacientes tenían PFR compatibles con patología respiratoria de base (5 asma y 3 EPOC). Las causas de ingreso se observan en el **figura 1**. No se observaron antecedentes psiquiátricos o drogodependencias. En el momento del ingreso, el grado de motivación fue inferior que al alta (5,78 frente a 7,21). En el test de Fagerström se obtuvo una

Grado de motivación

Grado de motivación	Inicial (media)	Final (media)
Hombres	5,1	6,8
Mujeres	7	7,8
Tromboembolismo	10	10
Asma agudización	6,8	7,8
Bronquitis aguda	8	9
EPOC exacerbación	4	5
Hemoptisis	1	10



Causas de ingreso.

media de 5,5 (dependencia moderada), sin poder observarse una puntuación homogénea de acuerdo a patologías de ingreso o edad. Se realizó terapia conductual en 12 pacientes (85,7%) y se les ofreció terapia sustitutiva con nicotina a todos ellos, siendo aceptada en el 42,8% (6 casos). Llamativamente, fueron estos los que obtuvieron una puntuación al ingreso en el grado de motivación más alto. Se derivaron un total de 6 pacientes a la consulta de AP concertada (aquellos que obtuvieron un grado de motivación al alta mayor de 8): 2 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 56,1 años.

Conclusiones: De nuestros pacientes, los más motivados para abandonar el consumo de tabaco fueron en su mayoría, más jóvenes y no habían precisado ingresos previos por causa respiratoria. Estos mismos, con un grado de motivación mayor, aceptan el uso de nicotina.

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS FUMADORES DE TABACO DE LIAR EN UNA CONSULTA DE TABAQUISMO

C. Pou Álvarez, C. Rábade Castedo, F.J. González Barcala, L. Ferreiro Fernández, T. Pereiro Brea, A. Lama López, N. Rodríguez Núñez, J.M. Álvarez Dobaño, A. Golpe Gómez y L. Valdés Cuadrado

EOXI Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: El tabaco de liar ha aumentado su consumo en los últimos años en los países occidentales motivado por el aumento de los

Tabla 2. Estadística descriptiva de la muestra. Los valores se expresan en medias \pm desviación estándar

Pacientes	497
Edad media (años)	53,2 \pm 11
Género (ser varón)	60%
Nivel de estudios (%)	50% estudios elementales
Fase de preparación (%)	60%
Consumo acumulado (paq-año)	43,2 \pm 23
CO (ppm)	15 \pm 10
Número de intentos previos de abandono	1,5 \pm 1,7
Escala visual analógica de motivación	8,6 \pm 1,6
Escala visual analógica de autoeficacia	5,6 \pm 2,4
Test de Fagerstrom	5,2 \pm 2
Abstinencia a los 6 meses	30%
Abstinencia al año	20%

precios del tabaco manufacturado y por la creencia de que resulta menos nocivo para la salud. Varios estudios demuestran rasgos específicos en los consumidores de este tipo de tabaco. El objetivo del estudio es determinar el porcentaje de fumadores de tabaco de liar que acuden a una consulta de Tabaquismo, así como, las características diferenciales con respecto a los fumadores de tabaco manufacturado.

Material y métodos: Se realiza un análisis descriptivo de una muestra de fumadores que acuden a la consulta de Tabaquismo durante los años 2015, 2016 y 2017. Se calcula el porcentaje de fumadores de tabaco de liar y los motivos por los que consumen este tipo de tabaco. Se evalúan las diferencias en las variables clínicas, asociadas al tabaquismo y en la eficacia de la intervención de cesación tabáquica con respecto a los fumadores de tabaco manufacturado. Para ello utilizamos el test chi-cuadrado, test t-Student y las pruebas no paramétricas para aquellas variables que no siguen una distribución normal.

Resultados: Se analiza una muestra de 497 fumadores de la consulta de Tabaquismo. 390 fuman tabaco manufacturado y 107 pacientes consumen tabaco de liar (21,5%). El porcentaje de consumo de tabaco de liar se incrementó desde el 18% en los años 2015 y 2016 hasta el 27% en el año 2017. El motivo por el que los pacientes consumen dicho tabaco es por el menor coste y por ser menos nocivo para la salud. El consumo de tabaco de liar se asocia con ser varón (27% frente a 18%; $p = 0,011$), tener una edad media menor (50,39 \pm 10,7 frente a 54,01 \pm 10,66; $p = 0,002$), presentar comorbilidades asociadas (23% frente a 13%; $p = 0,027$) y convivir en un ambiente de fumadores (28% frente a

Tabla 1. Análisis univariante de las características diferenciales de los fumadores de tabaco de liar

	Tabaco de liar (n=107)	Tabaco manufacturado (n=390)	p
Edad media	50,39 \pm 10,7	54,01 \pm 10,66	0,002
Género			0,011
Varones	27%	72%	
Mujeres	18%	82%	
Comorbilidades			0,030
Ausencia	13%	87%	
Presencia	23%	77%	
Consumo acumulado (paq-año)	44,5 \pm 26	42,3 \pm 23	0,53
CO (ppm)	16 \pm 9,7	14 \pm 9,8	0,4
Convivientes fumadores			0,003
Si	28%	72%	
No	17%	83%	
Motivación	6,8 \pm 1,9	7,2 \pm 1,6	0,8
Autoeficacia	5,18 \pm 2,4	5,7 \pm 2,4	0,096
Abstinencia al año	12%	28%	0,002
Número de consultas	2,5 \pm 2,5	3,50 \pm 2,9	0,006

17% p = 0,003). La abstinencia a los 6 meses y al año es menor en fumadores de tabaco de liar (22% frente a 36% p = 0,009) y (12% frente a 28%; p = 0,002) así como la adherencia al programa de deshabituación (2,5 ± 2,5 frente a 3,50 ± 2,9; p = 0,006). Los fumadores de tabaco de liar presentan una concentración mayor de CO en ppm (16 ± 9,7 frente a 14 ± 9,8; p = 0,4) una menor motivación (6,8 ± 1,9 frente a 7,2 ± 1,6; p = 0,8) y una menor autoeficacia (5,18 ± 2,4 frente a 5,7 ± 2,4; p = 0,096) no siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los fumadores de tabaco de liar presentan un perfil clínico distinto y son menos propensos a abandonar el tabaco.

EVALUACIÓN DEL EFECTO EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA AL FINANCIAR EL TRATAMIENTO

L. Arvelo Castro¹, A. Alcorta Mesas¹, C. Matesanz Ruiz¹, J.R. Medina Inojosa², J. Hernández Vázquez¹, I. Ali García¹ y M.J. Buendía García¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España. ²Mayo Clinic, Division of Preventive Cardiology, Rochester, Mn, Estados Unidos.

Introducción: En el momento actual podemos asegurar que el consumo de tabaco es el problema de salud pública con mayor morbilidad en nuestro país, con una carga económica muy importante. En España aproximadamente entre el 15 y el 27% de los pacientes que ingresan en un hospital son fumadores

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se siguieron durante 6 meses en 2017 a 30 pacientes fumadores. Se dividieron en dos grupos aleatoriamente los pacientes que recibieron la financiación del tratamiento y los que no la recibieron. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, profesión (sanitario o no), antecedentes de enfermedad respiratoria, índice paquetes/año (IPA), intentos previos para dejar de fumar y el abandono definitivo del tabaquismo durante tres periodos, al mes, a los tres meses y a los seis meses.

Resultados: De los 30 pacientes, 14 recibieron financiación (46%) y 16 no recibieron financiación (54%). De los que recibieron financiación la edad media fue de 56 años ± 4 y de los que no recibieron la edad media fue de 49 años ± 8. La mayoría son varones, (64%) en el grupo financiado y 56% del grupo no financiado. Entre los pacientes financiados el 50% dejó de fumar al primer mes y el 42% continuó fumando, posteriormente a los 3 y 6 meses se mantuvieron sin fumar 43% y continuaron fumando el 21% y el 7% respectivamente (fig 2). Entre los pacientes no financiados el 25% dejó de fumar al primer mes y el 50% continuó fumando, posteriormente a los 3 y 6 meses dejaron de fumar el 31% y continuaron fumando el 13% a los 3 meses (fig. 2). En el grupo financiado el 35% eran sanitarios. Además el 15% tenían antecedentes de enfermedades respiratorias. Del grupo no financiado el 19%

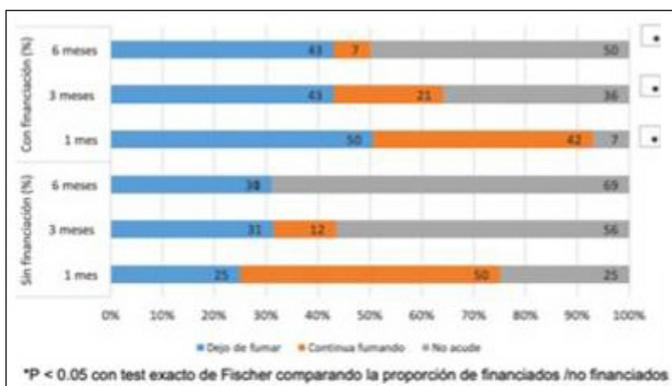


Figura 1. Comparación entre grupos financiados/sin financiación.

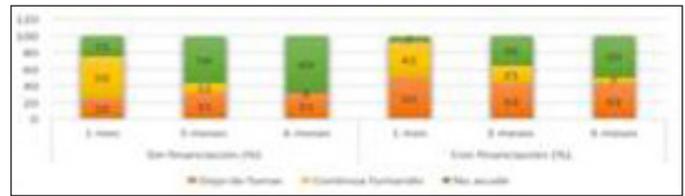


Figura 2. Comparación de grupos de abandono del tabaco según financiación/sin financiación.

eran sanitarios, además el 31% tenían antecedentes de enfermedades respiratorias. Al realizar el análisis estadístico de los grupos mediante el test exacto de Fisher se observaron diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento al mes, a los tres meses y a los 6 meses en cuanto al abandono tabáquico (fig. 1). No se observaron diferencias por profesión (sanitarios o no), ni tampoco si tenían antecedentes de enfermedades respiratorias.

Conclusiones: Los pacientes a los cuales se les financió el tratamiento tuvieron mayor éxito al dejar de fumar y además esto se refleja en el seguimiento hasta los 6 meses, sin embargo, estos resultados hay que interpretarlos con cautela al ser una muestra pequeña de pacientes.

EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

F. Oliveri Aruete, P. Valenzuela Reyes, Y. Urbano Aranda, M. Pérez Gallán y E. López Gabaldón.

Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Introducción: Más de la mitad de los pacientes que acuden a una consulta de neumología se han planteado dejar de fumar. El abandono del hábito tabáquico tiene un gran impacto en la supervivencia y evolución de diversas patologías respiratorias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de todos los pacientes que acudieron a la consulta monográfica de deshabituación tabáquica entre enero 2011 y enero 2012. Se recogieron de la historia clínica datos demográficos y de consumo de tabaco. Para recabar la información sobre el consumo actual, se contactó con los pacientes por vía telefónica en noviembre 2018.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 138 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 79 años de edad (edad media de 44), de los cuales 87 (63%) fueron hombres. Cuatro fueron previamente excluidos por exitus. La edad media de inicio del hábito tabáquico fue de 17,1 ± 5,3 años. Como factores de riesgo cardiovascular, 21 pacientes (15,2%) presentaban HTA, 14 (10,1%) diabetes mellitus, 66 (48,1%) dislipemia y 42 (31,8%) tenían un IMC > 30. 24 pacientes (17,4%) presentaron baja dependencia física medida por el test de Fagerström, 47 (34,0%) dependencia media y 65 (47,1%) alta dependencia (de los cuales el 64,6% fueron hombres); sin diferencias de género estadísticamente significativas (p = 0,48). El índice años-paquete (IPA) medio fue de 40,0 ± 19,0 (rango 4-132). En cuanto al tratamiento farmacológico, 72 pacientes (52,1%) fueron tratados con vareniclina, 21 (15,2%) con TSN (18 con parches, 2 con comprimidos para chupar, 1 con chicles), 10 con vareniclina y TSN y 6 (4,3%) no utilizaron tratamiento farmacológico. A los 6 meses, 73 pacientes (52,9%) habían abandonado el hábito tabáquico (de los cuales el 65,8% eran hombres), 45 (32,6%) seguían fumando (de los cuales 57,7% eran hombres), 12 (8,7%) no acudieron a la consulta (66,6% eran hombres) y 8 (5,8%) la habían abandonado tras la primera revisión (87,5% eran hombres). A los 7 años desde la consulta inicial, seguían sin fumar 48 pacientes (34,8%), de los cuales 32 (66,6%) eran hombres, sin diferencias de género esta-

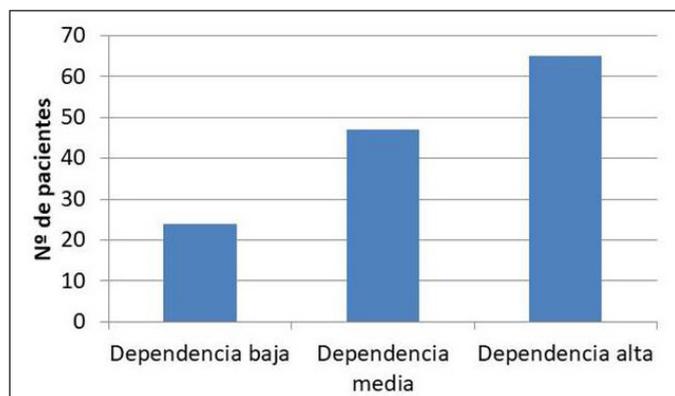


Figura 1. Test de Fagerstrom.

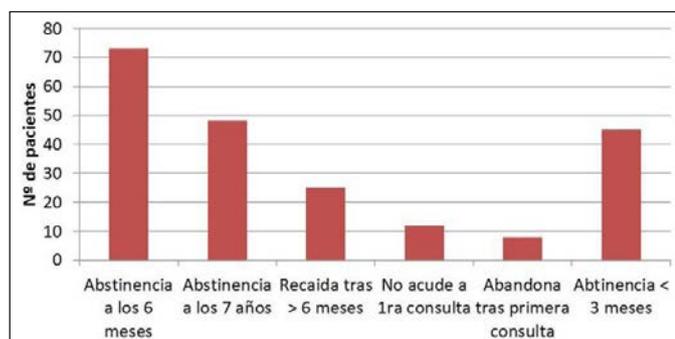


Figura 2. Resultados.

dísticamente significativas ($p = 0,58$). 25 pacientes (18,1%) habían vuelto a fumar tras al menos 6 meses de abstinencia.

Conclusiones: La efectividad en nuestra consulta de deshabituación tabáquica fue similar a la descrita en la literatura. Un número importante de pacientes (más de una sexta parte) volvió a fumar tras más de 6 meses de deshabituación.

EXPOSICIÓN PRENATAL AL TABAQUISMO, COHORTE DE 104 NIÑOS ASMÁTICOS DE ZARAGOZA

L. Anoro Abenoza¹, M.N. Albani Pérez², D.A. Lozano Cartagena¹, B. Sanz Abós¹, T. Herrero Jordán³, C. Deza Pérez¹ y C. Abad Abad⁴

¹Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España. ²Hospital Obispo Polanco, Teruel, España. ³Hospital Clínico Universitario, Zaragoza, España. ⁴Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España.

Introducción: El tabaquismo en la mujer embarazada es un problema de salud pública que implica múltiples perjuicios sobre la salud del feto e incrementa el riesgo de enfermedades otorrinolaringológicas y respiratorias, como es el caso del asma bronquial. Nuestro objetivo es evaluar el efecto de esta exposición nociva en las primeras etapas de la vida en una cohorte de niños asmáticos de la población de Zaragoza y su provincia.

Material y métodos: Estudio descriptivo en población pediátrica con diagnóstico de asma infantil. Las variables estudiadas fueron: tabaquismo activo en la madre durante el embarazo y tras el parto, índice paquete/año, sexo, edad, prematuridad, peso al nacer, gravedad del asma, puntuación del test de control del asma en la infancia (CAN) y número de fármacos necesarios para controlar la enfermedad.

Resultados: Confesaron tabaquismo activo durante el embarazo un 32,9% de las madres y en un 39% se confirmó tabaquismo activo tras el parto. El IPA (índice paquete/año) medio fue de 8. De la totalidad de

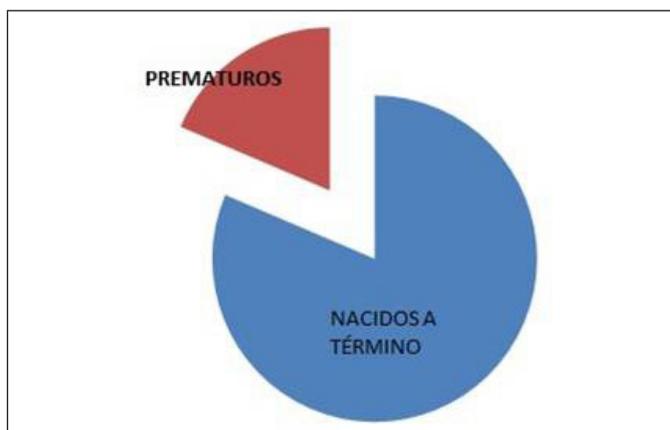


Figura 1.

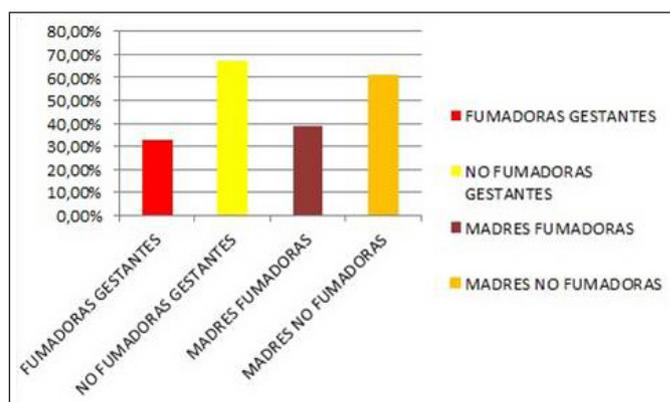


Figura 2.

pacientes reclutados 62% eran niños y 38% niñas. La edad media de nuestra cohorte fue de 7,5 años (rango 4-13). Se obtuvo una media de peso al nacer de 3.098 g. El 81,4% nacieron a término y 18,6% fueron prematuros (7 niños y 6 niñas). En cuanto a la gravedad del asma se clasificó a los niños en: episódica ocasional 42,9%, asma persistente moderada 31,4%, un 22,9% asma persistente grave, asma episódica frecuente 2,9%. Un 67,6% tenían una puntuación en el test de CAN compatible con buen control.

Conclusiones: A pesar de las medidas sanitarias y las políticas de prevención un tercio de las gestantes en nuestro medio son fumadoras. No se pudo relacionar el tabaquismo durante el embarazo en nuestra serie con prematuridad, empeoramiento del control del asma infantil, ni necesidad de mayor número de fármacos para mantener el control de la enfermedad.

FACTORES RELACIONADOS CON EL ÉXITO DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES INGRESADOS

A. Ochoa Alvarado, I. Bocigas Huéscar y J. Signes-Costa Miñana

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción: El objetivo principal de nuestro estudio fue valorar los factores que se correlacionen en con la probabilidad de seguir fumando tras un ingreso hospitalario después de intervenciones como consejo antitabáquico o terapia sustitutiva de nicotina (TSN).

Material y métodos: Programa piloto entre los meses de julio a octubre del 2018 llevado a cabo en un Hospital terciario. Se incluyen pacientes fumadores que ingresaron en el servicio de Neumología por etiologías diversas en el periodo descrito. Se excluyen aquellos que

dejaron de fumar (> 6 meses) y aquellos nunca fumadores. La intervención sigue las recomendaciones SEPAR y consiste en consejo anti-tabáquico y tratamiento farmacológico, en caso de aceptar, de TSN (parches transdérmicos). Se realizó un control al mes del alta ya sea presencial o telefónico para determinar si seguían fumando. Dentro de las variables recogidas se encuentran la edad, sexo, diagnóstico infeccioso, Puntuación al test de Fagerström reducido, intentos previos de abandono, deseo de abandono, aceptación de TSN, reingreso hospitalario, número de cigarrillos consumidos al día, exposición tabáquica acumulada, diagnóstico de EPOC y uso de oxígeno domiciliario (OCD).

Resultados: Ingresaron un total de 288 pacientes, de los que 79 eran fumadores y de ellos 6 no recibieron intervención por lo que no fueron considerados para el análisis. En el control posterior, se observó que de los pacientes fumadores que tenían deseo de abandonar el tabaco, el 21,1% se mantenían abstinentes; el 15,5% había reducido el consumo y el 18,3% continuaba fumando la misma cantidad. Del total de pacientes que aceptaron TSN (29), 12 se mantenían abstinentes, mientras que de los 42 pacientes que no aceptaron TSN, 14 continuaban sin fumar al mes. Ha habido 12 pérdidas posteriores a la intervención por imposibilidad de contactar al paciente, que en el análisis han sido consideradas como no abstención. Y dos pérdidas por fallecimiento no incluidas en el análisis. Se obtuvieron correlaciones para las variables mencionadas previamente y la persistencia de tabaquismo, expresadas en coeficientes de correlación de Pearson. Las de mayor magnitud fueron el sexo (0,167), test de Fagerström (0,063), uso de OCD (-0,111) y el uso de TSN (0,108).

Conclusiones: No hemos podido encontrar significación entre los factores predictivos estudiados, debido con probabilidad al escaso tamaño muestral, o a factores de confusión.

FUMADORES HOSPITALIZADOS QUE ACEPTAN PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA SOBRE EL TABAQUISMO EN UNA PLANTA DE NEUMOLOGÍA

M. Jiménez Arroyo, M. Orta Caamaño, Á. Losa García-Uceda, J.A. Durán Cueto, B.S. Barragán Pérez, E. Morales Manrubia, C. Montaña Montaña, C. Cabanillas Díez-Madroño, J.A. Riesco Miranda, L.C. Fernández Lisón y T. Martín Cillero

Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: La alta prevalencia de tabaquismo en el paciente hospitalizado y su momento de especial vulnerabilidad hacen que el ingreso hospitalario sea una situación adecuada para la intervención. Nuestro objetivo es estudiar el perfil del paciente ingresado en Neumología que acepta e inicia una intervención farmacológica (IF) para dejar de fumar.

Material y métodos: Los Servicios de Neumología y Farmacia Hospitalaria han iniciado un proyecto piloto (Proyecto ONE, PO) de IF para la deshabituación tabáquica en el paciente fumador hospitalizado en Neumología por cualquier causa. Realizamos un estudio puntual y descriptivo de los fumadores activos ingresados que aceptan participar en el PO. Al ingreso se ofrece tratamiento para cesación definitiva con vareniclina. A los que no desean abandonar el tabaco, se les ofrece cesación temporal con parches de nicotina (TSN) durante la hospitalización. Recogemos datos epidemiológicos, tabaquismo, y síntomas de craving.

Resultados: Total de 29 pacientes (p.) con edad media (EM) 61 años (a.). El índice paquetes-año (IPA) medio fue de 62,58 años/paquete (a/p) y la puntuación media (PM) en el test de Fagerström (TF) fue de 6,59 puntos (pts). TSN: total 8 p. (27,6%), con EM de 65,75a. Causa ingreso: AEPOC (25%) y masa pulmonar 25%. IPA medio de 66,88a/p, con un consumo medio de 32,5 cig/día. PM TF: 8 pts. Fumaban por recompensa negativa (62,5%). La PM, por EVA (escala visual analógica),

de motivación fue 7,14 pts, y autoeficacia 6,71 pts. La PM craving fue 2,81 pts. Hubo 2 abandonos por progresión de su enfermedad o exitus. Vareniclina: total 21 p. (72,4%), con EM 59,4 años. Causa ingreso: AEPOC (23,8%) e infección respiratoria (23,8%). El IPA medio fue de 60,95a/p, con consumo medio de 24 cig/día. PM TF: 6 pts. Fumaban por recompensa negativa (33,3%) y mixta (33,3%). La PM motivación fue 8,5 pts y autoeficacia 7,61 pts. Craving medio: 1,80 pts. 2 abandonos porque no deseaban continuar con el tratamiento. Principales causas de rechazo a entrar en PO: autosuficiencia, motivo económico y desplazamiento al hospital para revisiones.

Conclusiones: En esta corta serie de casos que aceptan IF sobre tabaquismo no vemos diferencias entre grupos (TSN, vareniclina) en variables clínicas (causa de ingreso) y de tabaquismo (consumo y dependencia nicotínica). En el grupo de vareniclina la edad es menor y la puntuación en motivación y autoeficacia son superiores. Como autocrítica al rechazo a mayor participación en el Proyecto destacamos: financiación incompleta del mismo y dificultades en el seguimiento de los p. (rechazo revisiones).

FUNCIÓN PULMONAR Y ACTITUDES FRENTE AL TABAQUISMO EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO

E. Pastor Esplá, S. Vañes Baños, V. Molina Peinado, A.M. Pulido Sánchez, E. Gilabert González, V. Esteban Ronda, C. Castelló Faus, J.N. Sancho Chust, C. Senent Español, Y. Arroyo López y E. Chiner Vives

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Las campañas dirigidas al público en el día Mundial sin Tabaco pueden ser útiles para valorar las actitudes frente al tabaquismo, concienciar a la población sobre el perjuicio del tabaquismo y remitirlos a las Unidades de tabaquismo.

Material y métodos: A lo largo de una jornada se instaló junto al hospital una carpa al aire libre, dotada de personal médico y enfermería, realizando espirometrías (normativa SEPAR) y obteniendo una encuesta epidemiológica, incluyendo: edad, género, datos antropométricos, datos de tabaquismo (edad de inicio, consumo actual y consumo acumulado), antecedentes de enfermedad respiratoria, valores de función pulmonar, presencia de obstrucción espirométrica, y actitud ante el hábito y el tratamiento, en los fumadores.

Resultados: Se realizaron 80 espirometrías en 43 mujeres (54%) y 37 hombres (46%), edad 52 ± 13 años. Tenían antecedentes de EPOC 8 individuos (10%), de asma 10 (12,5%) y 3 SAHS (4%). Se declararon fumadores activos el 35%, exfumadores 41% y no fumadores 24%. Eran fumadores pasivos el 6%. La edad media de inicio en los fumadores fue de 17 ± 3 años, el número medio de cigarrillos consumidos al día 16 ± 10 , con un índice acumulado de 29 ± 24 paquetes/año. Los ex fumadores, habían dejado de fumar una media de 14 ± 12 años antes, tenían una edad media de inicio de 18 ± 3 años, el número medio de cigarrillos 17 ± 12 , con un índice acumulado de 29 ± 31 paquetes/año. Ninguno de ellos declaró ser consumidor de nuevos dispositivos. No existieron diferencias significativas entre géneros en el hábito tabáquico, pero sí en edad siendo más jóvenes el grupo de no fumadores (46 ± 15 frente a 54 ± 11). De los fumadores, 72% manifestaron el deseo de dejar de fumar y aceptarían ayuda medicamentosa para dejarlo, un 27% consideró un problema la no financiación del tratamiento antitabaco. En cuanto a la función pulmonar, se habían realizado previamente espirometría el 33% de la muestra. La FVC ml 4.055 ± 1.342 , FVC% 101 ± 20 , FEV1ml 3.096 ± 930 , FEV1% 95 ± 18 , FEV1/FVC% 77 ± 10 . Se detectó obstrucción espirométrica no conocida en 12 individuos (15%), 3 de ellos no fumadores, 5 fumadores activos y 4 ex fumadores. De los 9 pacientes con antecedentes de tabaquismo y obstrucción espirométrica, 5 de ellos referían además síntomas respiratorios.

Conclusiones: Las campañas del Día Mundial sin Tabaco son útiles para concienciar a la población sobre el tabaquismo y detectar pacientes con obstrucción pulmonar no conocida, así como incluir pacientes en programas de tabaquismo.

HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES EPOC

M. Erro Iribarren, T. Alonso Pérez, R.M. Gómez Punter, A. Roca Noval, J.B. Soriano, J. Ancochea Bermúdez y E. Vázquez Espinosa

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España.

Introducción: La EPOC se relaciona con el hábito tabáquico, y se considera la causa principal de dicha enfermedad. Muchos de los pacientes EPOC continúan fumando tras el diagnóstico a pesar de que el cese del hábito tabáquico se considera el pilar fundamental de su tratamiento. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de los pacientes con EPOC en seguimiento en una consulta monográfica de un hospital terciario, con especial hincapié en su consumo tabáquico acumulado, y la relación de ello con otras características fundamentales de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de la cohorte de pacientes en seguimiento en la consulta monográfica de EPOC de nuestro hospital, desde el año 2012. Variables: sexo, edad, hábito tabáquico (fumador, exfumador, índice paquete año -IPA-), comorbilidades, índice de Charlson, grado de disnea (mMRC), función pulmonar, índice BODE-BODEx y fenotipo clínico GesEPOC. Realizamos un

Tabla 1. Características de los pacientes EPOC en función del estatus tabáquico

	No fumador activo n = 436 (76,40%)	Fumador activo n = 134 (23,60%)	P
IPA, m ± DE	57,18 ± 29,74	53,66 ± 26,86	0,201
Edad, m ± DE	73,81 ± 9,36	66,59 ± 8,90	0,000
Sexo, n (%)			
- Varón	314 (79,7%)	80 (20,3%)	0,005
- Mujer	122 (68,9%)	55 (31,1%)	
FEV1%, m ± DE	48,77 ± 18,36	51,57 ± 17,75	0,132
DLCO, m ± DE	49,38 ± 21,73	58,02 ± 78,77	0,337
VR/TLC, m ± DE	138,95 ± 29,47	147,49 ± 43,52	0,008
Índice Charlson, m ± DE	4,73 ± 2,45	3,88 ± 2,08	0,000
BODE, m ± DE	3,68 ± 2,40	2,95 ± 2,30	0,010
BODEx, m ± DE	3,44 ± 2,14	2,89 ± 1,94	0,011
Grado de disnea mMRC, n (%)			
- 0	37 (61,7%)	23 (38,3%)	
- 1	95 (70,9%)	39 (29,1%)	0,000
- 2	152 (76,8%)	46 (23,2%)	
- 3	122 (83,6%)	24 (16,4%)	
- 4	29 (96,7%)	1 (3,3%)	
HTA, n (%)	221 (80,4%)	54 (19,6%)	0,028
Diabetes Mellitus, n (%)	76 (78,4%)	21 (21,6%)	0,605
Cardiopatía isquémica, n (%)	67 (82,7%)	14 (17,3%)	0,144
Cáncer de pulmón, n (%)	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0,340
Fenotipo clínico, n (%)			
- No agudizador	247 (76,9%)	74 (23,1%)	
- Mixto	26 (60,5%)	17 (39,5%)	0,017
- Agudizador enfisema	97 (83,6%)	19 (16,4%)	
- Agudizador BC	63 (72,4%)	24 (27,6%)	

Tabla 2. Características de los pacientes EPOC en función del consumo acumulado de tabaco

	IPA < 50 n = 240 (42%)	IPA ≥ 50 n = 326 (57%)	P
FEV1%, m ± DE	50,16 ± 18,85	48,88 ± 17,83	0,591
DLCO, m ± DE	52,28 ± 20,87	50,71 ± 53	0,019
VR/TLC, m ± DE	142,50 ± 40,89	140,07 ± 27,77	0,565
Índice Charlson, m ± DE	4,37 ± 2,54	4,64 ± 2,30	0,049
Grado de disnea mMRC, n (%)			
- 0	36 (15,1%)	24 (7,4%)	0,000
- 1	58 (24,4%)	75 (23,1%)	
- 2	93 (39,1%)	103 (31,7%)	
- 3	41 (17,2%)	103 (31,7%)	
- 4	10 (4,2%)	20 (6,2%)	
HTA, n (%)	109 (45,4%)	162 (49,8%)	0,298
Diabetes Mellitus, n (%)	29 (12,1%)	67 (20,6%)	0,008
Cardiopatía isquémica, n (%)	22 (9,2%)	74 (13,8%)	0,663
Cáncer de pulmón, n (%)	19 (7,9%)	21 (6,5%)	0,505
Fenotipo clínico, n (%)			
- No agudizador	139 (58,2%)	179 (55,4%)	0,557
- Mixto	20 (8,4%)	21 (6,5%)	
- Agudizador enfisema	48 (20,1%)	68 (21,1%)	
- Agudizador BC	32 (13,4%)	55 (17%)	

análisis comparativo de dichas variables en función del estatus tabáquico y del consumo acumulado (IPA ≥ 50 o < 50).

Resultados: 572 pacientes. 68,8% varones; edad media 72,08 ± 9,72 años. IPA medio 56,35 ± 29,04 (mediana 50); grado de disnea (mMRC) 2. Respecto a la función pulmonar, FEV1 medio 49,41 ± 18,26%, y capacidad de difusión pulmonar (%DLCO) 51,37 ± 42,58. Tablas: características demográficas y clínicas de ambos grupos de pacientes, en función del estatus tabáquico y consumo acumulado de tabaco, respectivamente. Los fumadores activos son más jóvenes, mantienen mejor función pulmonar, y presentan menos comorbilidades con respecto a los exfumadores. El tabaquismo activo fue más frecuente en el fenotipo mixto de forma estadísticamente significativa. Por otro lado, en nuestra muestra predominan los pacientes con un IPA ≥ 50. Los pacientes con un consumo acumulado de tabaco ≥ 50, tienen de forma estadísticamente significativa una peor DLCO y mayor número de comorbilidades en función del índice Charlson. Además en estos pacientes, entre otras comorbilidades asociadas a la EPOC, destaca de forma significativa la diabetes mellitus. Independientemente del consumo acumulado de tabaco, en ambos grupos predomina el fenotipo no agudizador.

Conclusiones: En el fenotipo mixto predomina el tabaquismo activo. Fumadores activos: más jóvenes, mejor función pulmonar y menor comorbilidad que los exfumadores. Pese a la presencia de comorbilidades (DM, HTA, cardiopatía isquémica o cáncer de pulmón), un elevado % de pacientes EPOC continúa fumando.

IMPACTO DEL CESE DEL TABAQUISMO EN LA FUNCIÓN PULMONAR

I. Rodríguez Galán¹, S. Asensio Sánchez², E.M. Rosillo Hernández², I. Gayá García-Manso² y C. Martín Serrano²

¹Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante; Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-Fundación FISABIO), Alicante, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Introducción: El tabaquismo está fuertemente relacionado con una pérdida acelerada de capacidad pulmonar, sin embargo no está tan estudiado como repercute el cese del tabaquismo en la función pulmonar. **Objetivo:** evaluar el impacto en los pacientes fumadores del cese del tabaquismo en la función pulmonar.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen a todos los pacientes fumadores que fueron evaluados en la Unidad Especializada de Tabaquismo del Hospital General Universitario de Alicante entre enero del 2002 y enero del 2010. Se recogieron características demográficas, historia de tabaquismo, función pulmonar y la existencia de EPOC, definido como historia compatible con un FEV1%FVC posbroncodilatación menor del 70%. A todos los pacientes se les indicaron pruebas de función respiratoria al inicio y a los 12 meses del cese del tabaquismo. Aquellos pacientes a los que se les añadió de novo tratamiento broncodilatador se han excluido para el análisis del impacto de la función pulmonar. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS y se ha utilizado la prueba de chi-cuadrado para las variables cualitativas y la t-Student para las variables cuantitativas. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 1000 pacientes desde enero del 2002 hasta enero del 2010. La edad media fue de $47,6 \pm 11,8$, el consumo medio acumulado de $38,14 \pm 22$ años/paquete y el 56% (561) eran varones. 453 (45%) fumadores realizaron un intento serio de dejar de fumar de los cuales 155 (34%) continuaban sin fumar al año. En 938 fumadores disponíamos de la espirometría inicial y en 133 de la anual. En 69,8% (655) de los fumadores la espirometría inicial era normal y en el 30,2% (283) era patológica, con un diagnóstico de EPOC en el 22,8% (214) de los fumadores, de los cuales casi la mitad (46,7% (100)) desconocían su diagnóstico. 150 (16%) fumadores llevaban tratamiento broncodilatador y en 31 (3,3%) se les indicó de novo. En las siguientes tablas se muestran los cambios espirométricos al año de seguimiento. El abandono tabáquico supone un incremento escaso aunque significativo tanto de la FVC como del FEV1 (tabla 1), observándose un mayor cambio en la FVC en pacientes con espirometría normal y del FEV1 en pacientes con alteración ventilatoria obstructiva (tabla 2).

Tabla 1. Impacto del cese del tabaquismo al año en el grupo total de fumadores

	Inicial X (DE)	Al año de cese de tabaquismo X (DE)	Significación ($p < 0,05$)
FVC ml	3.694 ± 996	3.768 ± 970	0,006
FVC%	103 ± 16,4	118 ± 15,9	0,000
FEV1 ml	2.848 ± 890	2.877 ± 858	0,195
FEV1%	95 ± 19	97 ± 18,4	0,005

Tabla 2. Impacto del cese del tabaquismo por grupos. Impacto del cese del tabaquismo en los fumadores con espirometría normal previa

	Inicial X (DE)	Al año de cese de tabaquismo X (DE)	Significación ($p < 0,05$)
FVC ml	3.955 ± 894	4.033 ± 870	0,019
FVC%	108 ± 12,8	111 ± 12	0,001
FEV1 ml	3.197 ± 731	3.213 ± 700	0,573
FEV1%	104 ± 12	106 ± 11,7	0,068

Impacto del cese del tabaquismo en los pacientes con EPOC

	Inicial X (DE)	Al año de cese de tabaquismo X (DE)	Significación ($p < 0,05$)
FVC ml	3.282 ± 969	3.348 ± 904	0,236
FVC%	94 ± 17,6	97,5 ± 17	0,073
FEV1 ml	2.071 ± 647	2.144 ± 648	0,076
FEV1%	74 ± 14	77 ± 15	0,022

Conclusiones: El abandono del hábito tabáquico produce una mejoría inicial de la función pulmonar, tanto en los pacientes con espirometría normal como en los que presentan alteración ventilatoria obstructiva.

¿INFLUYE EL GRADO DE AFECTACIÓN EN LA EPOC A LA HORA DE DEJAR DE FUMAR?

M. García Rueda¹, E. Salcedo Lobera¹, E.J. Soto Hurtado¹, M. Arroyo Varela¹, E.M. Acosta Bazaga¹, M.C. Fernández Marín¹, A. Muñoz Montiel² y J. Bujalance Zafra³

¹UGCMQ de Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ²Unidad de Neumología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España. ³Unidad de Neumología, Hospital El Ángel, Departamento Médico Ibermutuamur, Málaga, España.

Introducción: Objetivo: identificar si existe relación entre la afectación de la EPOC en pacientes fumadores que realizan un intento serio de abandono, medida a través de diversos índices, y la abstinencia a los seis meses.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de 6 meses de seguimiento. Según el grado de alteración ventilatoria de la GOLD, se agruparon los pacientes en dos grupos, el grupo de pacientes con trastorno leve-moderado (FEV1 mayor del 50%) y por los que presentaban trastorno ventilatorio de grave y muy grave intensidad (FEV1 menor del 50%). Para valorar comorbilidades se utilizó el índice de comorbilidad de EPOC (COPD specific CO-morbidity Test -COTE). Para medir el impacto de la enfermedad en el bienestar y vida diaria de los pacientes se utilizó el cuestionario COPD Assessment Test (CAT). Se realizó una intervención "intensa" de acuerdo a las Recomendaciones SEPAR. Se realizó un análisis bivariado tomando como variable de segmentación la abstinencia a los 6 meses (sí/no), utilizando el test de U de Mann-Whitney para variables cualitativas y test de chi-cuadrado con corrección por continuidad (o test de Fisher en caso de valores inferiores esperados a 5). Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. En el análisis descriptivo de las variables cualitativas se analizó la frecuencia y la proporción; para las variables cuantitativas, la media, la desviación estándar (DE) y el intervalo de confianza al 95%. En la estadística inferencial de las variables cualitativas se utilizó el test de chi-cuadrado de Pearson; para las cuantitativas, el test t de Student (para muestras relacionadas); y para ambas, el test de ANOVA. Las comparaciones se realizaron con una significación estadística (error alfa bilateral) de 0,05.

Resultados: N = 40. La caracterización del tabaquismo de los pacientes se expone en la figura 1. Las comorbilidades presentes se muestran en la figura 2. Las características diferenciales según severidad en la obstrucción (GOLD) se exponen en la tabla 1. Las diferencias entre el grupo de abstinentes al sexto mes frente a no abstinentes se exponen en la tabla 2.

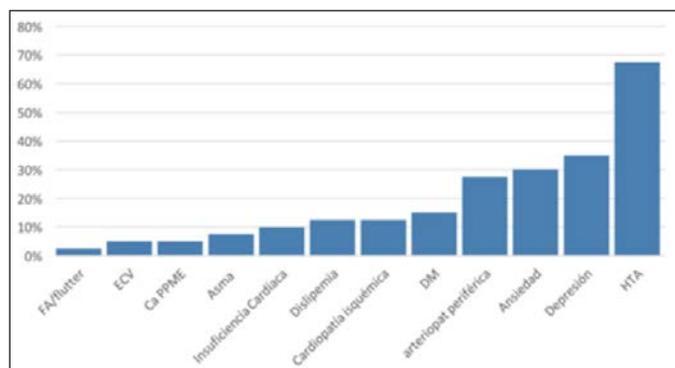
Tabla 1. Características diferenciales según severidad en la obstrucción (GOLD)

	GOLD I-II	GOLD III-IV
FEV1%*	73,8 ± 16	34,7 ± 7
Edad (años)	61 ± 6	63 ± 7
CAT*	18,1 ± 6,1	24 ± 7
Fagerström	6,1 ± 2,1	6,9 ± 2
Motivación	7,1 ± 2,2	8 ± 2,2
Autoeficacia	4,4 ± 2,3	5,8 ± 2,8

* $p < 0,05$.

Tabla 2. Diferencias según abstinencia a los 6 meses

Variable	Abstinencia 6 meses		
	Sí	No	p
COTE (valor medio)	2,58	1,57	0,074
COTE > 4 (n)	19	21	0,585
CAT basal	24,5 ± 4,8	16,5 ± 7,6	0,04



Caracterización del tabaquismo de los pacientes.

Tabla 3. Comorbilidades

Caracterización Tabaquismo	Media	DE
Edad paciente (años)	62	6
Edad de inicio en el consumo regular de tabaco	18	7
Número medio de cigarrillos fumados al día en la última semana	20	12
CO en aire exhalado basal*	23	13
Número medio de cigarrillos fumados al día en el último año	35	20
Índice de consumo acumulado**	81	48
Número de intentos previos de dejar de fumar	3	6
Duración del máximo número de días que ha estado sin fumar en un intento	82	180
Motivación***	7,5	2,3
Autoeficacia***	5,1	2,6
Test de Fagerström Modificado : Puntuación Total	6,5	2

* CO exhalado en partes por millón presentado el día de la primera visita (basal)
 ** Expresado en paquetes-año
 *** Escala Analógico-Visual con valores que van desde 0 (valor mínimo) a 10 (valor máximo)

Conclusiones: 1. Los índices pronósticos de severidad y comorbilidad como GOLD y COTE parecen no tener un papel relevante como predictores a nivel de el eventual éxito en la cesación tabáquica posterior. 2. Los que permanecían abstinentes al sexto mes, habían presentado, de media, mayor alteración de calidad de vida relacionada con la salud cuando se inició el proceso de deshabituación tabáquica.

IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA ANTITABACO EN PACIENTES EPOC INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA

D.A. Cruz Chamorro, M. Torres Sánchez, O. López Pereiro, J.M. Álvarez Torres, A. Rodríguez Canal, H. Gómez Márquez, A. Acuña Fernández y J. Abal Arca

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España.

Introducción: El consumo de tabaco es la principal causa de EPOC. El estudio pretende objetivar la mejora de la enfermedad después del inicio del tratamiento desde el ingreso de estos pacientes y su evolución en posterior seguimiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo pseudoexperimental durante el año 2018, de pacientes EPOC ingresados en planta de hospitalización por reagudización o cualquier otra causa, y tabaquismo activo. Se propone terapia antitabáquica con TSN principalmente y consejo, realizando recogida de variables epidemiológicas, funcionales, moti-

vación por dejar el tabaco y adicción al mismo, principalmente. Se realiza análisis descriptivo con software R.

Resultados: Se estudiaron 33 pacientes, 72% varones, edad media 63 años. La media de años fumando fue de 45 años, test de Fagerström de 5 de media, y test de Richmond con mediana de 4. Casi la mitad de la muestra recibió TSN con parches de nicotina de 21 mg, con un cumplimiento errático del 57%. Un 36% de pacientes no habían solicitado ni recibido ayuda antitabáquica previa. Tras el seguimiento, se observa una disminución importante del consumo medio de cigarrillos diarios, con una mediana de consumo 5,50 (previa al inicio de tratamiento: 30). El 84% de pacientes no presentó un nuevo ingreso en planta de Neumología. En consulta de revisión, se realiza cooximetría, que evidencia una media de 14,56 ppb espirado, con un craving $\leq 2/4$, en más de la mitad de nuestros pacientes.

Conclusiones: La terapia antitabaco realizado en proceso agudo de hospitalización, arroja resultados alentadores para la consecución de la reducción del consumo, hasta la cesación completa, en pacientes EPOC con tabaquismo activo, así como disminución de reingresos de estos pacientes, por lo que se debe implementar la terapia antitabaco de forma generalizada durante la hospitalización.

LA INFLUENCIA DEL TABAQUISMO EN LA EXPRESIÓN GÉNICA DEL ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

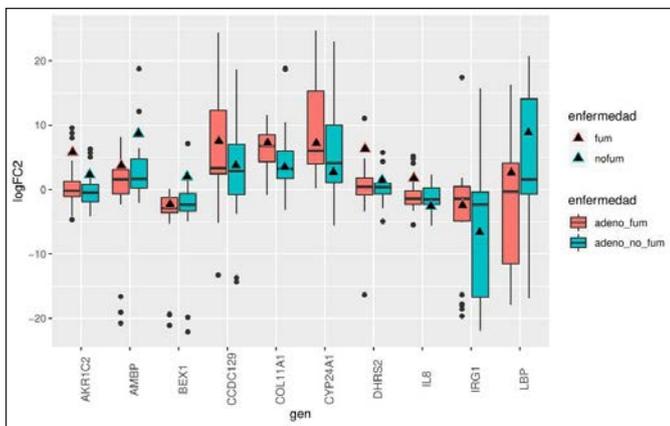
M. Arroyo Varela¹, E. Salcedo Lobera¹, M. García Rueda¹, R. Larrosa Jiménez², R. Bautista Moreno³ y M.G. Clarós Díaz⁴

¹Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional de Málaga, Málaga, España. ²Departamento de Arquitectura de Computadores; ³Unidad de Supercomputación y Bioinformática; ⁴Departamento de Biología Molecular y Bioquímica, Universidad de Málaga, Málaga, España.

Introducción: El cáncer de pulmón tiene una elevada incidencia y mortalidad. El factor de riesgo más importante para su desarrollo es el tabaquismo. Dentro de los tipos histológicos de cáncer de pulmón, el adenocarcinoma constituye en la actualidad el más frecuente. Aunque su incidencia es mayor en población fumadora, el adenocarcinoma tiene la particularidad de ser el tipo histológico más frecuente en población no fumadora. Por tanto, resulta interesante poder valorar qué alteraciones génicas se producen en éste tumor y cuáles de ellas pueden ser atribuibles a éste hábito tóxico.

Material y métodos: Hemos podido acceder a la secuenciación de 50 pacientes con adenocarcinoma pulmonar, de los que disponemos tanto de muestra tumoral como de muestra sana pulmonar del mismo paciente, para así evitar la diferencia interindividual que pueda existir no atribuible a la enfermedad. De esto 50 pacientes, 22 son fumadores o exfumadores y 28 nunca fumadores. Se han procesado las muestras siguiendo un flujo de trabajo elaborado en nuestro laboratorio de investigación que consiste en la limpieza de las secuencias de RNA-seq, el alineamiento al genoma humano, el cálculo de expresión diferencial de cada paciente y finalmente la comparación entre fumadores y no fumadores.

Resultados: Hemos detectado 3.685 genes con expresión diferencial significativa entre el tejido sano y tumoral de los pacientes fumadores, y 3.325 en los pacientes nunca fumadores. Ambos conjuntos tienen en común 2.227 genes, que se expresan de forma diferencial significativa entre tejido sano y tumoral tanto en los fumadores como en los no fumadores. De estos 2.227 genes comunes hemos seleccionado 10, en los que la diferencia de la expresión diferencial en log₂FC entre ambos grupos es mayor que 3. Posteriormente hemos calculado en cada uno de los pacientes el log₂FC de cada uno de estos 10 genes para comprobar que el resultado de los programas usados era correcto. Hemos representado en la gráfica los log₂FC generado por Cufflink



Genes diferencialmente expresados entre adenocarcinoma en pacientes fumadores y no fumadores.

para cada uno de los grupos junto con los boxplots para cada uno de los pacientes.

Conclusiones: A pesar de que aparentemente se encuentran genes que se expresan de distinta forma entre fumador y no fumador en adenocarcinoma, al visualizar los datos para cada uno de los pacientes no podemos afirmar que exista tal diferencia. Una de las explicaciones podría ser que el tabaco afecta también al tejido sano de los pacientes fumadores y por tanto no se encuentra expresión diferencial entre ambos tipos de tejido.

¿MIENTEN LOS PACIENTES SOBRE SU HÁBITO TABÁQUICO?

R. Perera Louvier¹, J.C. Rodríguez Fernández², V. Almadana Pacheco¹ y A.S. Valido Morales¹

¹UGC de Neumología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España. ²UGC de Neumología, Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España.

Introducción: El abandono del tabaco es un pilar básico en el tratamiento de la mayoría de las enfermedades respiratorias, aún más entre los pacientes con EPOC, siendo de gran importancia investigar a cerca del hábito tabáquico de nuestros pacientes. Objetivos: evaluar si los pacientes EPOC que acuden a una consulta de neumología dicen la verdad acerca de su hábito tabáquico.

Material y métodos: Se incluyeron de forma sistemática a todos los pacientes EPOC que acudieron a una consulta de neumología desde junio a noviembre de 2018. Se preguntó sobre su hábito tabáquico en el momento de la consulta y se corroboró mediante medición de monóxido de carbono (CO) por cooximetría. Se consideraron fumadores aquellos con valores de CO > 6 ppm y se interrogó sobre posible exposición pasiva al tabaco u otras fuentes de CO, excluyéndose del estudio a aquellos en los que se constató esta situación.

Resultados: Se evaluaron 169 pacientes. El 74% fueron hombres. La edad media fue 64 ± 10,13 años. El consumo medio acumulado de tabaco (ICAT) fue de 53 ± 26 paq/año. La media de FEV1 fue de 1452,74 ± 779,5 cc. El 19,5% afirmó ser fumador activo (29 con CO > 6 y 4 fumadores ocasionales que presentaron CO < 6), aunque se encontraron valores de CO > 6 ppm en el 36,7% de la muestra. Por tanto, el 19,5% de los pacientes mintió cuando se interrogó sobre su hábito tabáquico (24,3% de entre todos los que afirmaban no fumar), con una kappa de Cohen de 0,48 y p < 0,000. Al analizar la relación de variables como la edad, el sexo, la función pulmonar o el ICAT previo, sólo se encontró una relación significativa en el sexo (mentían: 31,8% de las mujeres frente a 15,2% de los hombres, p = 0,17). Por último, analizamos el hábi-

to registrado previamente en la consulta (fumador, en proceso de abandono o exfumador reciente, exfumador > 5 años) en relación a los valores de CO. El % de mentirosos fue mayor en el grupo de pacientes en los que se había registrado el hábito como exfumador en la consulta previa (% mentirosos/hábito previo registrado: fumador 0%, exfumador 41%, proceso abandono 20%, > 5 años sin fumar 0%, p = 0,000).

Conclusiones: A pesar de nuestros intentos porque los pacientes dejen de fumar, encontramos que un porcentaje considerable de pacientes, mayor entre las mujeres, mienten en la consulta, por lo que sería fundamental incorporar medidas objetivas como el cooxímetro a nuestra práctica diaria, con objeto de ser más eficaces a la hora de abordar a este tipo de pacientes. El grupo de mayor riesgo son los exfumadores recientes y aquellos en proceso de abandono.

PREDICTORES DE INICIO TERAPÉUTICO EN UNA CONSULTA DE TABAQUISMO

T. Pereiro Brea, C. Rábade Castedo, L. Ferreiro Fernández, A. Lama López, C. Rodríguez García, N. Rodríguez Núñez, J.M. García Pazos, F.J. González Barcala, J. Suárez Antelo y L. Valdés Cuadrado

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: Los tratamientos del tabaquismo son coste-eficaces y aumentan las tasas de abandono. El objetivo del estudio es analizar qué variables asociadas al diagnóstico del tabaquismo y a la intervención predicen el inicio terapéutico en pacientes que acuden a una consulta de tabaquismo.

Material y métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una muestra de fumadores en consulta entre 2014 y 2017. Se realizó un análisis univariante usando el test chi cuadrado, t-Student y pruebas no paramétricas (test de U Mann-Whitney) para verificar si las variables asociadas al diagnóstico de tabaquismo o a la intervención predicen que un paciente inicie un fármaco frente al tabaco. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 656 pacientes (405 varones); edad media 53,8 ± 10,7). El 58,3% fumaba tabaco manufacturado con patrón de inhalación profunda (63,3%). El consumo acumulado fue de 43,4 ± 23,9 paquetes/año. El nivel de dependencia medio fue moderado (4,7 ± 2; test de Fagerström o FTND), la motivación elevada (7,1 ± 1,2; test Richmond) y el valor medio de intentos de abandono de 1,5 ± 1,7. Un 41% de los fumadores no iniciaron el tratamiento farmacológico prescrito. En el análisis univariante las variables de diagnóstico de tabaquismo asociadas a iniciar el fármaco prescrito fueron: estar en fase de preparación (p = 0,001), consumir tabaco manufacturado (p = 0,032), patrón de inhalación profunda (p = 0,042), realizar intentos de abandono en el último año, usar fármacos en intentos previos (p = 0,017; p = 0,024; p = 0,0005, respectivamente) o un FTND > 4 (p = 0,045). Asimismo, el seguimiento habitual (p = 0,005) y el mayor número de consultas y duración (p = 0,005; p = 0,005, respectivamente) se relacionaron con el inicio del tratamiento frente al tabaco. En el análisis multivariante los predictores de iniciar fármacos del tabaquismo son: estar en fase de preparación OR:4,06 (IC95%: 1,58-6,39; p = 0,003), realizar intentos previos de abandono en el último año OR:5,3 (IC95%: 1,3-7,1; p = 0,016), uso de fármacos previamente OR:4,16 (IC95%: 1,7-6,2; p = 0,0003) o el número de consultas: OR:1,6 (IC95%: 1,26-2,05; p = 0,000).

Conclusiones: El estudio multivariante permite detectar variables predictoras sobre que pacientes van a iniciar el tratamiento frente al tabaquismo.

Utilización de recursos sanitarios de acuerdo a los grupos de consumo de tabaco

	Total (n = 366)	Fumadores activos (n = 83)	Exfumadores (n = 101)	Nunca fumadores (n = 182)	Valor-p
IRC agudizada	2,15 ± 3,47	2,65 ± 4,85	2,45 ± 3,18	1,75 ± 2,74	0,162
Ingresos agudos	2,84 ± 4,09	3,45 ± 5,59	3,11 ± 3,58	2,41 ± 3,43	0,324
Urgencias	2,25 ± 3,60	2,35 ± 4,51	2,23 ± 2,49	2,21 ± 3,63	0,748

PRESCRIPCIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON TABAQUISMO ACTIVO

C. Castro Riera, Z. Ji, V. Gallo González, B. Recio Moreno, E.R. Jimeno, A. Cerezo Lajas, J.R. Terán Tinedo, E. Ojeda Castillejo, D. López-Padilla y S. López Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo activo constituye una contraindicación relativa o absoluta de terapias respiratorias domiciliaria según las políticas locales o nacionales de los servicios sanitarios. El objetivo fue determinar la frecuencia de tabaquismo activo en pacientes con prescripción de Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) domiciliaria y su evolución clínica comparada con pacientes exfumadores y no fumadores.

Material y métodos: Estudio observacional de la cohorte de pacientes diagnosticados de insuficiencia respiratoria crónica tratados con VMNI domiciliaria, en el periodo de junio de 2007 a junio de 2017. Se documentó el tabaquismo activo e índice años-paquete, y se conformaron tres grupos de estudio para realizar las comparaciones de mortalidad y reingresos hospitalarios por insuficiencia respiratoria crónica agudizada.

Resultados: Se incluyeron 366 pacientes durante el periodo de estudio, de los cuales 195 eran hombres (52,4%), con una edad media de 66,9 ± 14,2 años y un IMC medio de 35,5 ± 26,6 kg/m². Se prescribió la terapia a 85 pacientes que refirieron fumar activamente (22,8%) y a 103 catalogados como exfumadores (27,7%), con un índice paquete-año acumulado de 49,3 ± 28,9. La edad media del grupo de fumadores activos (62,9 ± 14,2 años) fue significativamente inferior que los exfumadores (68,4 ± 11,1 años) y los que no habían fumado nunca (67,9 ± 16,5 años), (ANOVA corregido por Bonferroni, p = 0,012). La mediana de supervivencia en el grupo con tabaquismo activo fue superior (93,7

meses [RIC 69,9-117,5]) que los exfumadores (56,6 meses [RIC 43,2-69,9]) y que nunca habían fumado (55,5 meses [RIC 45,2-65,8]), sin alcanzar la significancia estadística (log-rank = 5,80; p = 0,055) (fig.). La media de reingresos hospitalarios por insuficiencia respiratoria hipercápnica crónica agudizada, las visitas a urgencias y los ingresos no programados fue superior en el grupo de tabaquismo activo, pero no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio (Kruskal Wallis test, p = 0,162) (tabla).

Conclusiones: Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes con prescripción de VMNI domiciliaria fuma activamente, y sin alcanzarse la significancia estadística, tienen una tendencia a un mayor consumo sanitario y una menor mortalidad probablemente explicada por tener una edad media significativamente menor.

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ (2018)

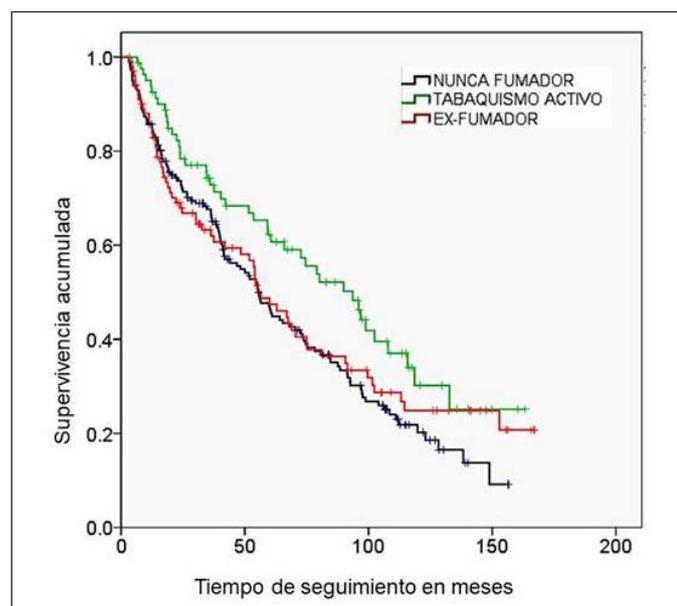
S. Fandos Lorente¹, M. Alquezar Fernández¹, M. Agud Cardona¹, O. Gavín Blanco¹, M. Guiu Campos², M.C. Muniesa Ciercoles³ y R. Cabestre García⁴

¹Hospital de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España. ²Centro de Salud de Caspe, Caspe, Zaragoza, España. ³Centro de Salud de Calaceite, Calaceite, Teruel, España. ⁴Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo es conocer la prevalencia de tabaquismo en el Hospital de Alcañiz y centros de salud de la comarca (personal sanitario y no sanitario), así como las características y el hábito de los fumadores. Además se ha pretendido recoger información sobre la opinión de los trabajadores sobre la utilidad de pertenecer a la red de Hospitales Sin Humo, la oferta de una consulta de deshabituación y sobre distintas medidas anti-tabaco.

Material y métodos: Desde la unidad de neumología nos pusimos en contacto con los jefes de servicio y supervisores de enfermería tanto del hospital como de centros de salud de la comarca para que hicieran llegar al mayor número posible de trabajadores una encuesta anónima sobre prevalencia y hábitos de tabaquismo. En el plazo de un mes se recogieron todas las encuestas para analizar los resultados.

Resultados: Participaron 208 trabajadores, de los cuales 179 (86%) fueron mujeres. Los colectivos más representados fueron Enfermería 76 (36,5%); auxiliares 45 (21,6%) y médicos 34 (16,3%). La prevalencia de tabaquismo activo alcanzó el 19,7% siendo la de exfumadores del 36%. El porcentaje de mujeres fumadoras activas 21,2% superó sensiblemente al de los hombres 13,8%. El consumo de cigarrillos medio fue de 9,88 ± 7,79 y la edad de inicio 17,71 ± 3,4. Del grupo de fumadores activos 24 (57,1%) fuma en su horario laboral, pero todos en el exterior del hospital. Mientras que 16 (39%) se muestran muy preocupados por los efectos nocivos del tabaco, a 9 (22%) les preocupa mucho la salud de los fumadores pasivos y 30 (76,9%) valora de forma positiva que el hospital oferte una consulta de deshabituación. La mayor parte del personal que ha participado en la encuesta 151 (72,6%) no pasa nada de tiempo laboral en espacios con humo y solo 2 (1%) pasan más de 1 hora. Que los profesionales no fumen en el perímetro del hospital es una medida bien vista por 166 (79,8%) trabajadores mientras que la medida menos popular contra el tabaco es el aumento importante de su precio, aprobado por 101 (48,6%) trabajadores.



Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier de acuerdo a los grupos de estudio: fumadores activos, exfumadores y nunca fumadores.

Tabla 1. Preguntas a fumadores

Item	Respuesta	n (%)
Valora que le ayude a dejar de fumar	Si	30 (76,9%)
	No	9 (23,1%)
Le preocupan los efectos nocivos del tabaco	Mucho	16 (39%)
	Bastante	16 (39%)
	No mucho	9 (22%)
Le preocupa la salud de los fumadores pasivos	Mucho	9 (22%)
	Bastante	17 (41,5%)
	No mucho	14 (34,1%)
	Nada	1 (2,4%)
Piensa dejar de fumar	Inmediatamente	7 (16,7%)
	< 2 meses	1 (2,4%)
	< 6 meses	2 (4,8%)
	< 2 años	5 (11,9%)
	Algún día	21 (50%)
	Nunca	6 (2,9%)
Fuma en el Hospital	No	18 (42,9%)
	Si	24 (57,1%)
	Puesto de trabajo	0
	Salas de reunión	0
	Cafetería	0
	Pasillos	0
	Ascensor	0
	Aseos	0
	Exterior	23 (54,8%)

Tabla 2. Tiempo con humo en el trabajo y medidas antitabaco

Item	Respuesta	n (%)
Tiempo con humo en el trabajo	Nada	151 (72,6%)
	Menos de 1 hora	8 (3,8%)
	de 1 a 2 horas	2 (1%)
Le parece útil el proyecto Hospital sin Humo	Si	47 (22,6%)
	No	151 (72,6%)
	No sabe	36 (17,3%)
El personal sanitario debe dar ejemplo y no fumar	Si	17 (8,2%)
	No	4 (1,9%)
	No contesta	164 (78,8%)
El personal no sanitario debe dar ejemplo y no fumar	Si	31 (14,9%)
	No	13 (6,3%)
	No contesta	161 (77,4%)
Los padres deben dar ejemplo y no fumar	Si	34 (16,3%)
	No	13 (6,3%)
	No contesta	170 (81,7%)
Cree que debe aumentar el precio del tabaco	Si	25 (12%)
	No	101 (48,6%)
	No contesta	88 (42,3%)
Tenemos derecho a respirar aire sin humo	Si	19 (9,1%)
	No	191 (91,8%)
	No contesta	3 (1,4%)
Los profesionales no deben fumar en el perímetro del hospital	Si	14 (6,3%)
	No	166 (79,8%)
	No contesta	28 (13,5%)

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPID

P. Pérez Ferrer¹, M. Llombart Cantó¹, I. Suárez Lorenzo¹, J.A. Bernal Vidal¹, M.D. López Santander¹, M.E. Barroso Medel¹, A. Martínez Sanchis¹ y B. Pérez-Sánchez²

¹Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España. ²Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España.

Introducción: La relación de la exposición al tabaco con las enfermedades cardiovasculares, EPOC y cáncer es ampliamente conocida. Durante los últimos años existe mayor evidencia de su asociación con otro grupo de patologías como las EPID. Fumar es un factor de riesgo conocido tanto para el desarrollo como para la progresión de este grupo de enfermedades. **Objetivos:** evaluar la prevalencia de tabaquismo en los pacientes con EPID y analizar las diferencias en las características demográficas, diagnósticas y funcionales entre pacientes fumadores/exfumadores (grupo A) y no fumadores (grupo B).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes evaluados en la consulta monográfica de EPID del Hospital Marina Baixa de Villajoyosa (Alicante) de marzo a noviembre de 2018. Realizamos un análisis descriptivo y comparativo utilizando el programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados: Se evaluaron 43 pacientes que fueron agrupados en función del antecedente de tabaquismo: grupo A de 32 pacientes expuestos a tabaco (23 exfumadores y 9 fumadores) frente a grupo B de 11 pacientes no fumadores. La media del índice paquetes-año fue de 28,5 ± 16 en el grupo A.

Tabla 3. Participación

Grupo	N	%
Enfermeras	76	36,5
Auxiliares	45	21,6
Medicos	34	16,3
Administrativos	25	12
Fisioterapeutas	7	3,4
Celadores	4	1,9
Técnicos	4	1,9
Mantenimiento	3	1,4
Informaticos	3	1,4
Otros	2	1

Tabla 4. Prevalencia por sexos

Sexo	Categoría	n (%)
Hombres	Nunca fumadores	13 (44,8%)
	Exfumadores	12 (41,4%)
	Fumadores activos	4 (13,8%)
Mujeres	Nunca fumadoras	78 (43,6%)
	Exfumadoras	63 (35,2%)
	Fumadoras activas	38 (21,2%)

Tabla 5. Características del hábito tabáquico

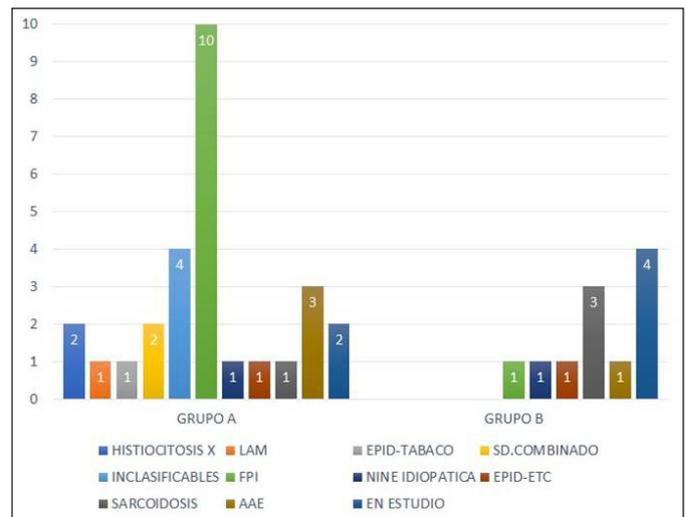
Grupo (n)	Característica	Valor
Exfumadores (72)	Cigarrillos/Día	14,99 ±9,16
	Edad de Inicio	16,85 ±3,79
	Intentos Previos	1,73 ±2,6
	Edad de Abandono	36,11 ±9,27
Fumadores Activos (42)	Cigarrillos/Día	9,88 ±7,79
	Edad de Inicio	17,71 ±3,4
	Intentos Previos	1,27 ±1,27

Tabla 6. Prevalencia por profesión

Profesión	Categoría	n (%)	Profesión	Categoría	n (%)
Medicina	Nunca fumadores	18 (52,9)	Mantenimiento	Nunca fumadores	0 (0)
	Exfumadores	13 (38,2)		Exfumadores	1 (33,3)
	Fumadores Activos	3 (8,8)		Fumadores activos	2 (66,7)
Enfermería	Nunca fumadores	35 (46,1)	Informática	Nunca fumadores	1 (33,3)
	Exfumadores	26 (34,2)		Exfumadores	1 (33,3)
	Fumadores Activos	15 (19,7)		Fumadores activos	1 (33,3)
Auxiliares	Nunca fumadores	19 (42,2)	Técnicos	Nunca fumadores	1 (25)
	Exfumadores	15 (33,3)		Exfumadores	3 (75)
	Fumadores Activos	11 (24,4)		Fumadores activos	0 (0)
Celadores	Nunca fumadores	0 (0)	Fisioterapeutas	Nunca fumadores	5 (71,4)
	Exfumadores	3 (75)		Exfumadores	2 (28,6)
	Fumadores Activos	1 (25)		Fumadores activos	0 (0)
Administración	Nunca fumadores	11 (44)	Total	Nunca fumadores	90 (44,3)
	Exfumadores	8 (32)		Exfumadores	73 (36)
	Fumadores Activos	6 (24)		Fumadores activos	40 (19,7)

Conclusiones: Si bien la prevalencia de tabaquismo entre los trabajadores del hospital ha resultado ser menor a la de la población general se han detectado puntos importantes de actuación: incrementar las medidas para reducir el tabaquismo en espacios libres de humo, dedicar especial atención a los grupos que se han mostrado más vulnerables, invertir esfuerzos en la prevención y en la educación anti-tabaco y dar mayor difusión a la consulta de deshabituación.

	Grupo A	Grupo B	p
n	32	11	
Edad (años)	64 (± 14)	68 (± 13)	0,34
Mujeres/Hombres	14/18	6/5	0,54
FVC (%)	91 (± 23)	95 (± 27)	0,52
FEV1 (%)	88 (± 19)	97 (± 25)	0,17
FEV1/FVC	77 (± 9)	82 (± 9)	0,19
TLC (%)	85 (± 20)	78 (± 26)	0,71
RV (%)	90 (± 43)	72 (± 32)	0,54
DLCO (%)	67 (± 24)	82 (± 13)	0,01
KCO (%)	78 (± 22)	83 (± 15)	0,32
SatO2 media inicial en 6MWT	95% (± 2)	96% (± 2)	0,81
SatO2 media final en 6MWT	90% (± 6)	95% (± 2)	0,04
Distancia 6WMT (metros)	427 (± 124)	445 (± 92)	0,66



Diagnósticos por grupos.

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de exposición a tabaco en nuestra consulta de EPID. En los pacientes con antecedente de tabaquismo la prevalencia de FPI es mayor y, además, aparecen otras EPID (histicitosis X, síndrome combinado y EPID asociadas a tabaco) no presentes en el grupo de no fumadores. Los valores de DLCO y la saturación de oxígeno al final de la prueba de la marcha son significativamente peores en los pacientes del grupo A. Por todo esto, es necesario realizar una intervención antitabáquica en las EPID para prevenir su aparición y evitar un mayor deterioro funcional.

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Pando Sandoval¹, M.Á. Ariza Prota², P. Camporro Cambor¹, M. Pando Sandoval², B. Díaz García¹, C. Cambor Méndez¹, R. Fernández Mellado¹, S. Rojo Rozada¹, P. Alonso Cimadevilla¹ y J. Alfonso Megido¹

¹Hospital Valle del Nalón, Riaño, Asturias, España. ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción: Objetivo: determinar la prevalencia de tabaquismo y la calidad de la recogida de datos relacionados con el hábito tabáquico en las historias clínicas de los pacientes ingresados en un hospital comarcal.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo en el que se evaluó el hábito tabáquico de los pacientes ingresados en servicios médicos (se excluyen servicios quirúrgicos) del Hospital Valle del Nalón durante un mismo día del mes de octubre de 2018. Se realizó auditoría de historias clínicas evaluando la presencia del hábito tabáquico en los antecedentes personales, considerando registro óptimo el que incluía el hábito tabáquico así como el consumo acumulado de tabaco (ICAT), recogido como índice paquetes/año, calculado mediante la fórmula: n° cigarrillos × n° años fumando/20. En el caso de que sólo se constatará el hábito pero no el consumo acumulado, o este fuera reseñado como n° de cigarrillos/día, el registro se consideró incompleto. Se consideró como no registrado cuando en el apartado de antecedentes no figuraba ni el hábito ni el ICAT. Para constatar el hábito tabáquico se realizó entrevista clínica a los pacientes.

Resultados: Se evaluaron un total de 87 pacientes con una edad media de 75 ± 16 años. 52,9% varones. La prevalencia del tabaquismo fue de 17,2%, 31% exfumadores y 51,7% no fumadores. Cuando se analiza por sexo se objetiva aumento de la prevalencia del tabaquismo en varones 23,9% frente a 9,75% en mujeres. ICAT medio fue de 27 ± 19,1 para los fumadores y de 37,7 ± 18,6 para los exfumadores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El hábito tabáquico por secciones se describe en la tabla 1. La auditoría de historias clínicas se realizó en toda la muestra. Se constató registro completo del hábito tabáquico en el 56,2% de la muestra (49 pacientes), incompleto en el 18,4% (16 pacientes) y no había registro en el 25,3% (22 pacientes). El 33,3% (29 pacientes) estaban diagnosticados de enfermedad pulmonar. Los resultados de registro del hábito tabáquico en la historia clínica se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Distribución de hábito tabáquico por sección

Sección de ingreso	Hábito tabáquico			N
	Fumador	Exfumador	No fumador	
Medicina Interna	5	11	30	46
Neumología	4	6	1	11
Cardiología	2	3	5	10
Neurología	1	4	3	8
Digestivo	2	3	3	8
Endocrinología	1	0	0	1
Hematología	0	0	3	3

Tabla 2. Registro de hábito tabáquico en historia clínica por sección

Sección de ingreso	Registro de hábito tabáquico			N
	No	Completo	Incompleto	
Medicina Interna	15	24	7	46
Neumología	0	11	0	11
Cardiología	4	3	3	10
Neurología	0	6	2	8
Digestivo	1	3	4	8
Endocrinología	0	1	0	1
Hematología	2	1	0	3

Conclusiones: La prevalencia del tabaquismo en un hospital comarcal es elevada, siendo más elevada en hombres cuando se analiza por sexo. En un gran número de pacientes ingresados no se refleja el hábito tabáquico o se realiza de forma incompleta. Dada la importancia del tabaco como factor de riesgo es importante la concienciación entre los profesionales de la salud para mejorar el registro del hábito tabáquico así como la intervención para la deshabituación tabáquica.

PROCEDENCIA DE FUMADORES DERIVADOS A UNA UNIDAD DE TABAQUISMO. CARACTERÍSTICAS Y TASAS DE ABSTINENCIA

P. Vaquero Lozano¹, S. Solano Reina¹, T. López Ruiz¹, M. Izquierdo Nazar¹, R. Solano García-Tenorio², J. Salamanca Blanco³, J.I. de Granda Orive⁴ y C.A. Jiménez Ruiz⁵

¹Unidad de Tabaquismo, CEP Hermanos Sangro, Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España. ³CAP Numancia, Madrid, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁵Unidad Especializada de Tabaquismo, Madrid, España.

Introducción: En nuestra Unidad de Tabaquismo recibimos pacientes derivados desde las distintas especialidades de nuestro Hospital y también desde Atención Primaria. Objetivos: evaluar la dependencia, motivación y la abstinencia pasados 12 meses de la primera visita, según la procedencia de la derivación a nuestra Unidad.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, del 1 de octubre de 2016 al 1 de octubre de 2018. Se determinaron las siguientes variables: sexo, edad, número de cigarrillos/día, edad de inicio, medición de CO y %CoHb, grado de dependencia, medicación utilizada, motivación (medida por la Escala Analógica Visual) y procedencia. A todos los pacientes se les realizó Historia Clínica de Tabaquismo. En total se llevaron a cabo una media de 7 visitas. La manifestación verbal de abstinencia se confirmó mediante validación de CO en aire espirado.

Resultados: Se incluyeron un total de 166 pacientes, 90 (54%) varones y 76 (46%) mujeres; con una edad media de 52,65 (± 10,77) años. Presentaban un consumo medio de 21,35 cig/día (± 9,72). La media de edad de inicio al consumo fue de 16,98 años (± 5,06). El análisis de la dependencia física mediante test de Fagerström mostró una media de 7,26 (± 0,94); la Escala Analógica Visual se situaba en 7,99 puntos (± 0,82), la Cooximetría en 23,74 (± 11,76) y la carboxihemoglobina 4,44 (± 2,42). Los pacientes realizaron tratamiento con: bupropion 3 (1,80%), comp nicotina 12 (7,23%), parches + comp 38 (22,90%), parches+ chicles nicotina 1 (0,60%), parches 12 (7,23%), vareniclina 96 (57,83%) y no quisieron medicación 4 (2,41%). En relación con su procedencia obtuvimos los siguientes resultados (tabla).

Conclusiones: Observamos que la menor tasa de abstinencia se obtuvo en los pacientes derivados desde C. de Digestivo seguidos por M.

Procedencia	N	Dependencia	Motivación	Tasa abstinen- cia (%)
Atención Primaria	91	7,22	7,99	50,55
Alergia	4	7,21	7,98	75
Cardiología	4	7,24	7,48	50
Oncología	1	7	8	100
Neumología	34	7,22	7,99	55,88
M. Interna	9	7,25	7,93	44,44
Digestivo	6	7,20	7,94	33,33
Varias	12	7,21	7,94	58,33
Personal sanitario	5	7,22	7,99	100

Interna. La mayor tasa de abstinencia se logró en los pacientes derivados desde Oncología y Alergia, si bien la n era pequeña. Si consideramos n más representativas las mejores tasas de abstinencia se lograron en pacientes derivados desde consultas varias y en los enviados desde las C. de Neumología. No percibimos diferencias en cuanto a la media de puntuación con respecto a la motivación, aunque si llama la atención que la menor nota sea la de los pacientes derivados desde el servicio de Cardiología. Tampoco las encontramos en cuanto a la dependencia, siendo Oncología y Digestivo los pacientes que menor puntuación tenían en el test de Fagerström y Medicina Interna y Cardiología los de mayor puntuación.

¿QUÉ PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE FAGERSTRÖM DISCRIMINAN MEJOR EL DAÑO INCIPIENTE DEL PARÉNQUIMA PULMONAR EN FUMADORES ACTIVOS?

M. Suárez Ortiz¹, C. García Quero¹, M. Martínez Redondo¹, R. Casitas Mateo¹, I. Torres Sánchez², E. Martínez Cerón¹, R. Galera Martínez¹ y F. García Río¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: Podría resultar interesante conocer cuál de las preguntas del cuestionario más habitualmente utilizado para evaluar la dependencia de la nicotina guarda una mejor relación con la afectación subclínica del parénquima pulmonar en fumadores. Objetivo: analizar la relación entre la puntuación de las preguntas del cuestionario de Fagerström (FTND) y las alteraciones de la atenuación del parénquima pulmonar en fumadores activos sin limitación al flujo aéreo.

Material y métodos: Se reclutaron 53 fumadores activos (74% mujeres, edad media 52 años, IMC medio 25,7 Kg/m² y consumo de 19 ± 8 cig/día) con un cociente FEV1/FVC normal. La dependencia de la nicotina fue evaluada mediante el FTND y se realizó una tomografía computarizada, en inspiración y espiración, con análisis semiautomático de densidades de atenuación (Syngo InSpace4D) para determinar la densidad pulmonar media (MLD), el porcentaje de volumen de baja atenuación (LAV) así como en distintos subrangos (-1.000 a -951 UH, -950 a -901, -900 a -851 y -850 a -801) y las densidades de atenuación correspondientes a los percentiles (P) 15 a 90.

Resultados: En 10 sujetos no se evidenció dependencia de la nicotina, mientras que en 11 fue débil, en 17 media, en 11 fuerte y en 4 muy fuerte. Únicamente, se halló una relación significativa entre la puntuación de la sexta pregunta del test ("¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?") y la MLD (r = -0,350, p = 0,010), el porcentaje de LAV (r = 0,277, p = 0,045) y de los subrangos 1 (r = 0,278, p = 0,043) y 2 (r = 0,319, p = 0,020), así como de los percentiles 15 (r = -0,371, p = 0,006) y 30 (r = -0,347, p = 0,011), todos ellos en inspiración. Así como de las diferencias inspiración-espiración en los subrangos 1 y 2 (r = 0,386, p = 0,038 y r = 0,331, p =

0,015, respectivamente). Globalmente, los sujetos que contestaron afirmativamente a esta pregunta del FTND presentaban una menor densidad del parénquima pulmonar (MLD inspiración -839 ± 20 frente a -821 ± 28 UH, p = 0,015; LAV inspiración 2,8 ± 2,6 frente a 1,5 ± 2,0%, p = 0,045; subrango -1.000 a -951 UH en inspiración 2,8 ± 2,5 frente a 1,4 ± 2,0%, p = 0,043; y P15 en inspiración -914 ± 17 frente a -898 ± 22 UH, p = 0,006).

Conclusiones: La sexta pregunta del cuestionario de Fagerström permite discriminar fumadores activos con afectación incipiente del parénquima pulmonar, puesto que los sujetos que fuman incluso aunque estén enfermos presentan una menor densidad del parénquima pulmonar.

RELACIÓN ENTRE LAS ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES DEL PARÉNQUIMA PULMONAR EN FUMADORES SIN LIMITACIÓN AL FLUJO AÉREO

C. Plaza Moreno¹, C. García Quero¹, M. Martínez Redondo¹, R. Casitas Mateo¹, E. Martínez Cerón¹, R. Galera Martínez¹, I. Torres Sánchez² y F. García Río²

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: Objetivos: relacionar las alteraciones en la atenuación del parénquima pulmonar de fumadores sin limitación al flujo aéreo (LFA) con su repercusión sobre la función de las vías respiratorias. Identificar los determinantes estructurales de la disfunción de las pequeñas vías aéreas.

Material y métodos: 39 mujeres y 14 hombres, fumadores activos (34 ± 18 paquetes × año), de 52 ± 6 años de edad, fueron sometidos a tomografía computarizada, en inspiración y espiración, con análisis semiautomático de densidades de atenuación (Syngo InSpace4D) para determinar la densidad pulmonar media (MLD), el porcentaje de volumen de baja atenuación (LAV) así como en distintos subrangos (1 [-1.000/-951 UH], 2 [-950/-901], 3 [-900/-851] y 4 [-850/-801]) y las densidades de atenuación correspondientes a los percentiles (P) 15 a 90. La repercusión funcional fue evaluada mediante espirometría, oscilación forzada (IOS) y un modelo de óxido nítrico (NO) bicompartimental.

Resultados: La resistencia respiratoria a 5 Hz (R5) se relacionó significativamente con el subrango 2 (r = 0,289) y el P90 (r = -0,284) en inspiración, así como con la MLD (r = -0,312), LAV (r = 0,296), todos los subrangos (r = 0,209 a 0,397) y todos los P (r = -0,277 a -0,322) en espiración y las bullas de clase 1 (r = 0,361). La reactancia capacitativa distal a 5 Hz (X5) se relacionó con la MLD (r = -0,278), subrangos 2 y 4 (r = -0,303 y r = -0,278, respectivamente) y P90 (r = -0,303) en inspiración, con la totalidad de parámetros en espiración (r = -0,335 a 0,408) y con las bullas de clase 1 y 2 (r = 0,365 y r = 0,280). No se detectó relación entre la atenuación pulmonar y los parámetros del NO bicompartimental. En fumadores activos sin LFA, el porcentaje de volumen pulmonar en subrango 2 en espiración fue el principal determinante independiente de la R5, la X5 y la frecuencia de resonancia, mientras que el porcentaje de bullas de 1-8 mm³ (clase 1) constituyó el determinante independiente de la diferencia R5-R20 y del índice de área de reactancia de baja frecuencia.

Conclusiones: En fumadores activos que todavía no han desarrollado LFA, se observa una relación entre las alteraciones del parénquima pulmonar, fundamentalmente en espiración, y la disfunción de las pequeñas vías aéreas evaluada mediante IOS. El subrango 2 en espiración y las bullas de clase 1 resultan los principales determinantes de la afectación funcional, reflejando probablemente un componente inicial de atrapamiento aéreo secundario al daño de las vías aéreas de pequeño calibre.

REPERCUSIÓN DEL TABAQUISMO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN SUJETOS SIN LIMITACIÓN AL FLUJO AÉREO NI DISFUNCIÓN DE LA PEQUEÑA VÍA

J.M. Padilla Brito, C. García Quero, R. Casitas Mateo, M. Martínez Redondo, R. Galera Martínez, E. Martínez Cerón, D. Laorden Escudero y F. García Río

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: Gran parte de la repercusión del tabaco sobre la calidad de vida en el ámbito respiratorio se ha relacionado con la afectación de las pequeñas vías (DPV) y posteriormente con el desarrollo de limitación al flujo aéreo (LFA). Sin embargo, se dispone de menos información del comportamiento de los sujetos que todavía no presentan dichas alteraciones.

Material y métodos: Se seleccionaron 20 sujetos nunca fumadores y 37 fumadores activos sin comorbilidad asociada ni evidencia de LFA o DPV. Ambos grupos resultaron homogéneos según sus características antropométricas. En todos los sujetos, se confirmó la evaluación funcional respiratoria mediante espirometría y oscilometría de impulsos. La calidad de vida relacionada con la salud se determinó mediante los cuestionarios SF-36 y EuroQoL.

Resultados: Con respecto a los no fumadores, los fumadores sin LFA ni DPV presentaban una peor calidad de vida determinada por menores puntuaciones en las escalas de componente físico ($51,9 \pm 6,2$ frente a $57,0 \pm 0,5$; $p < 0,001$) y componente mental ($45,8 \pm 8,7$ frente a $57,2 \pm 1,2$; $p < 0,001$) del cuestionario SF-12, así como en las tarifas EVA ($0,84 \pm 0,15$ frente a $1,00 \pm 0,00$; $p < 0,001$) y ET ($0,91 \pm 0,12$ frente a $1,00 \pm 0,00$; $p = 0,002$) y en el termómetro (75 ± 14 frente a 88 ± 4 ; $p < 0,001$) del EuroQoL. De forma más específica, los dominios más afectados en los fumadores fueron la función física ($89,1 \pm 13,1$ frente a $100,0 \pm 0,0$; $p < 0,001$), el dolor corporal ($73,3 \pm 25,9$ frente a $100,0 \pm 0,0$; $p < 0,001$), la salud general ($67,7 \pm 18,3$ frente a $92,2 \pm 4,0$; $p < 0,001$), la vitalidad ($61,0 \pm 14,5$ frente a $93,3 \pm 4,7$; $p < 0,001$), el funcionamiento social ($85,5 \pm 20,5$ frente a $99,4 \pm 2,8$; $p = 0,004$), el rol emocional ($82,0 \pm 34,8$ frente a $100,0 \pm 0,0$; $p = 0,025$) y la salud mental ($67,0 \pm 15,2$ frente a $91,8 \pm 3,8$; $p < 0,001$). Con respecto a las características del tabaquismo, el número de cigarrillos/día y el índice paquetes \times año se relaciona de forma inversamente proporcional con la vitalidad ($r = -0,383$; $p = 0,023$ y $r = -0,354$; $p = 0,040$, respectivamente), mientras que la dependencia social valorada mediante el cuestionario de Glover-Nilson mantiene una relación inversamente proporcional con la función física, el funcionamiento social, el rol emocional, la salud mental, la escala de componente mental, así como las tarifas EVA y ET.

Conclusiones: En fumadores sin ningún tipo de afectación de la función pulmonar ya se detecta una alteración incipiente de la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en la esfera física como mental, que se relaciona esencialmente con el grado de dependencia social.

RESULTADOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA CONSULTA PRIVADA GENERAL DE NEUMOLOGÍA

F. Muñiz González¹, M.P. Cano Aguirre² y C. Barinaga Martín³

¹Clínica Valde las fuentes, Alcobendas, Madrid, España. ²Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España. ³Hospital Campo Grande, Valladolid, España.

Introducción: El tabaco es considerado como la primera causa evitable de muerte y está directamente relacionado con la aparición de múltiples enfermedades como son el cáncer y enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Es por esto que los neumólogos tenemos un

papel muy importante tanto en la prevención del tabaquismo como en la deshabituación cuando éste ya está establecido

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes que acuden a una consulta general de neumología privada con la intención de abandono de tabaquismo durante el periodo comprendido entre enero de 2017 y noviembre de 2018. Se recogieron variables demográficas y terapias utilizadas. Se consideró éxito del tratamiento la ausencia de consumo de tabaco en el año posterior al inicio del tratamiento.

Resultados: Acudieron a consulta un total de 48 pacientes con la idea de dejar de fumar, de los cuales 42 comenzaron tratamiento de deshabituación. La edad media fue de 42 años ($\pm 10,2$) con mayor proporción de sexo masculino (71,4%). El 7,1% tenía diagnóstico previo o se diagnosticó de EPOC durante el seguimiento y el 4,7% antecedentes de cardiopatía isquémica. El consumo medio de cigarrillos al día fue de $17,8 \pm 10,2$. Los valores medios de CO en aire espirado fueron de $17,3 \pm 9,2$ ppm. La puntuación en el test de Fagerström fue de $4,8 \pm 1,6$, en el test de Glover-Nilsson de $22,3 \pm 6,6$ y en el test de Richmond de $9,6 \pm 1,2$. Antes de iniciar el estudio 10 pacientes (23,8%) habían realizado intentos previos para dejar de fumar sin éxito. Se emplearon como tratamiento de deshabituación: TSN en 10 pacientes (23,8%), vareniclina en 18 (42,9%), bupropion en 6 (14,3%), combinación de vareniclina y TSN en 5 (11,9%) y bupropion y TSN en 3 (7,1%). La tasa de éxito al año de tratamiento fue de un 38% y diferenciada por tratamientos un 30% con TSN, un 44,4% con vareniclina, un 33,3% con bupropion, un 40% con vareniclina y TSN y un 33,3% con bupropion y TSN.

Conclusiones: En nuestra área parece existir una mayor concienciación sobre el tabaquismo sobre todo en la población más joven. Baja tasa de patología asociada al tabaquismo en nuestra serie, en relación probablemente con el tipo de consulta y la edad de la población. El tratamiento farmacológico más utilizado en nuestro caso fue la Vareniclina, siendo el que mejores resultados ha dado.

RESULTADOS TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

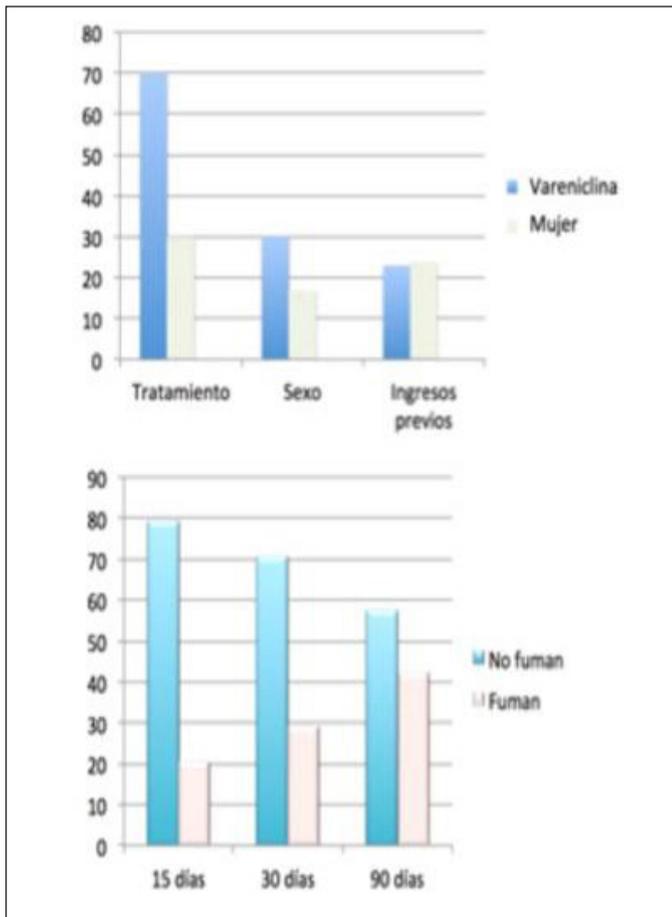
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: Entre el 15 y el 27% de los pacientes que ingresan son fumadores. La hospitalización es un momento idóneo para dejar de fumar. El objetivo es analizar los resultados tras la implementación en un Servicio de Neumología de la nueva normativa sobre tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio intervencionista prospectivo de todos los pacientes que ingresaban en Neumología a partir de septiembre del 2017. Se identificaba el hábito tabáquico de todos los ingresados, interviniendo sobre los fumadores financiando tratamiento con vareniclina o TSN de forma aleatoria y realizando un seguimiento en consulta a los 15 días, al mes y a los 3 meses del alta. **Resultados:** Se analizaron 604 ingresos, nunca habían fumado 229 (37,9%), eran fumadores activos 125 (20,69%) y exfumadores 250 (41,4%). De los 125 fumadores, 19 era imposible seguir y 47 no desearon participar. En total se incluyeron 78 fumadores. 50 hombres (64,10%). Eran consumidores de otros tóxicos o lo habían sido 12 (15,38%). La edad media era 54 años. Las comorbilidades y el diagnóstico al alta (tabla). La estancia media era 10 días. La edad media de inicio a fumar era 16 años. Fagerström medio 7,2. Fumaban por recompensa positiva 35, mixta 4 negativa 39. Escala visual media de motivación 9,4. Fumaban una media de 24,84 cigarrillos al día. 45 (57,69%) habían hechos intentos previos de abandono. Puntuaban en

Registro de comorbilidades, ingresos previos y diagnóstico al alta

Comorbilidad	Ingresos previos		Diagnóstico al alta		
SAHS	3	1	20	Cáncer	14
EPOC	28	2-3	17	Asma	7
Asma	7	Más de 3	8	TEPO	3
P. cardiaca	13	*En neumología	26	Neumotórax	4
Vascular	6			Neumonía	9
Neurológica	1			EPOC	36
Psiquiátrica	5			Otros	5
FRCV	36				



Abstinencia tabáquica según el tratamiento, el sexo y el número de ingresos previos. Debajo abstinencia a los 15, 30 y 90 días del alta.

la escala HAD: D 6,28 y A: 8,66. 43 recibieron parches (55,1%) y 35 champix (44,9%). No había diferencias en ambos grupos. Las cifras de abstinencia a los 15 días eran 62 (79,48%), al mes 55 (70,51%) y a los tres meses 47 (57,69%) (fig.). Se consideró fumador al que no realizó seguimiento. Al alta continuaron el tratamiento farmacológico 26 a los 15 días (33,33%) y al mes 12 (15,38%). Tres abandonaron el tratamiento: IAM, cefalea, aumento de ganas de fumar. Uno cambió de Champix a TSN. Hubo diferencias significativas con un mayor abandono de tabaco en el grupo vareniclina (p: 0,003) (fig.).

Conclusiones: El fumador que ingresa consume un alto número de cigarrillos con una dependencia a la nicotina alta y tiene comorbilidades previas. Estando más días ingresados de lo habitual. El tratamiento en ingresados es seguro con TSN y vareniclina. Financiar el tratamiento en ingresados y un seguimiento posterior en consultas especializadas aumenta las cifras de abstinencia. La implementación de la normativa SEPAR sobre tratamiento en ingresados consigue tasas de abstinencia mayores que la intervención básica.

¿SE RELACIONA EL ANTECEDENTE TABÁQUICO CON EL ESTADIO Y TIPO HISTOLÓGICO EN EL CÁNCER DE PULMÓN?

M. Miranda Hernández, T. Lanzuela Benedicto, M. Hernández Bonaga, J. Guzmán Aguilar, T. Herrero Jordán, L.M. Cabrera Pimentel, D.E. Jerves Donoso, M. Betrán Orduna, M. Fernando Moreno y A. Pérez Trullén

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Introducción: El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para padecer cáncer de pulmón. Un 90% de las personas diagnosticadas de cáncer de pulmón son o han sido fumadoras. El riesgo de padecer esta patología depende de los años de consumo y de la edad de inicio, de la cantidad de tabaco consumido por día, del tipo de tabaco y de los años que hace que se abandonó el hábito tabáquico.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una serie de 131 pacientes diagnosticados en la consulta de Neumología de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón durante dos años consecutivos, desde enero 2014 a diciembre de 2015 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Se analiza el estadio al diagnóstico, porcentaje de fumadores y no fumadores, la diferencia paquetes-año entre ambos sexos y la histología en relación al consumo de tabaco.

Resultados: La media de edad fue de 67,9 años en varones y 63,85 en mujeres. Siendo un total de 98 (75,16%) varones y 33 (24,84%) mujeres. El índice paquetes-año (IPA) medio en varones fue de 55,04 y en mujeres de 33,45. El IPA mayoritario en ambos sexos fue > 50 (38,9%), seguido de un IPA entre 41-50 (19,1%). La mayoría de los varones (45,8%) presentaban un IPA > 50. Por el contrario, la mayor parte de las mujeres eran no fumadoras (42,4%). En cuanto a la histología, el adenocarcinoma fue el más frecuente independientemente del IPA y del hábito tabáquico. El estadio al diagnóstico en hombres fue: estadio I 35,4%, estadio II 6,3%, estadio III 31,2% y estadio IV 27,1%. En mujeres: estadio I 30,3%, estadio II 21,2%, estadio III 15,2%, estadio IV 33,3%. El 78,94% de los pacientes no fumadores se diagnosticaron con un estadiaje < IIIA y en el grupo de fumadores el estadiaje al diagnóstico fue > IIIA (60,78%).

Conclusiones: Existen diferencias significativas (p < 0,05) en cuanto al estadiaje al momento del diagnóstico en los fumadores respecto a los nunca fumadores, siendo este estadio IIIA o superior. En nuestra muestra no hubo relación significativa entre IPA y el tipo histológico.

Tabaquismo vs Estadiaje al diagnóstico

		Estadiaje		Total	
		>III	<III		
Tabaquismo	No	Recuento	4	15	19
		% dentro de Estadiaje	5,6%	25,4%	14,5%
Si	Recuento	68	44	112	
		% dentro de Estadiaje	94,4%	74,6%	85,5%
Total		Recuento	72	59	131
		% dentro de Estadiaje	100,0%	100,0%	100,0%

SEGUIMIENTO DURANTE UN AÑO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA PLANTA DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

L. Marín Barrera, I. Asschert Agüero, M.J. Cadenas de Llano Conde, M. Morón Ortiz, V. Ignacio Barrios, B. Urizar Catalán, P. Muñoz Zara, V. Carpio Muñoz, J. Hilaes Vera y M.T. González García

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: El tabaquismo es un importante problema de Salud Pública. La intervención en tabaquismo es el patrón oro de las inter-

venciones preventivas por su alto coste/efectividad y la hospitalización constituye una oportunidad para intervenir y comenzar este proceso de abandono. Objetivo: identificar las características epidemiológicas de los fumadores de nuestra área así como la eficacia de intervención al mes, a los seis meses y al año tras la hospitalización.

Material y métodos: Estudio epidemiológico prospectivo sobre el hábito tabáquico (HT) en pacientes ingresados en planta durante un período de 4 meses (1 de julio al 31 de octubre de 2017), cumplimentando un formulario sobre el hábito tabáquico, basado en normativa SEPAR y realizando intervención individualizada al ingreso, con control telefónico posterior al mes, a los seis meses y al año desde que se realizó la intervención.

Resultados: Ingresaron 200 pacientes con edad media de 56. El 66% eran hombres. Respecto al HT; 94 sujetos (47%), nunca habían fumado, 57 (28,5%) eran exfumadores y 49 (24,5%) fumadores. Entre los últimos destaca un 31% de mujeres. Aprovecharon la hospitalización para dejar de fumar 43 (88%) y sólo 6 (12%) se opusieron. El índice de paquetes/año (p/a), registrado osciló de 6 a 120: ninguno era leve < 15 p/a, 7 casos tenían un índice moderado (6 a 15), 4 grave (15-25), y 37 muy grave (> 25 p/a). Se midió el grado de dependencia con test HSI (puntuación de 0-6) mostrando una dependencia leve (< 2) en 15, moderada en 20, y grave (≥ 5) en 5. Referían un intento previo de dejar de fumar 24, y de ellos 18 habían recaído. Durante el ingreso iniciaron tratamiento farmacológico (TSN) 9 (20,9%). Detectamos falta de cumplimentación de los datos de motivación y autoeficacia en numerosos cuestionarios. De los 43 pacientes que recibieron ayuda para dejar de fumar durante el ingreso, al mes el 50% seguían sin fumar y el otro 50% recayeron, a los seis meses 20% continuaban sin fumar con una pérdida de seguimiento del 7,5% y una tasa de exitus del 7,5% y por último al año un 12,5% continuaban sin fumar con una pérdida del seguimiento del 5%.

Conclusiones: El perfil fumador de nuestra área, es un varón con alta dependencia y carga tabáquica con intentos previos y con nueva intención de abandono tabáquico. El 50% de los fumadores permanecen sin fumar al mes de la intervención tabáquica, el 20% a los seis meses y el 12,5% al año tras el alta hospitalaria. Creemos necesaria una implicación y formación homogénea de todos los sanitarios para adecuar una intervención avanzada.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y FUNCIÓN PULMONAR DETECTADOS DE FORMA ACTIVA EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO

S. Vañes Baños, E. Pastor Esplá, V. Molina Peinado, A.M. Pulido Sánchez, E. Gilabert González, V. Esteban Ronda, C. Castelló Faus, J.N. Sancho Chust, C. Senent Español, Y. Arroyo López y E. Chiner Vives

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: La función pulmonar y los síntomas respiratorios detectados en campañas dirigidas al público en el Día Mundial sin Tabaco pueden ser útiles para concienciar a la población sobre el tabaquismo y necesidad de ampliar estudios en consulta especializada.

Material y métodos: A lo largo de una jornada se instaló junto al hospital una carpa al aire libre, dotada de personal médico y enfermería, realizando espirometrías (normativa SEPAR) y obteniendo una encuesta epidemiológica que incluyó: edad, género, datos antropométricos, tabaquismo, antecedentes de enfermedad respiratoria, comorbilidad, síntomas respiratorios, función pulmonar y presencia de obstrucción. Se dividieron en: Grupo A (nunca fumadores) y Grupo B (fumadores y exfumadores).

Resultados: Se realizaron 80 espirometrías en 43 mujeres (54%) y 37 hombres (46%), edad 52 ± 13 años. Eran fumadores activos el 35%, exfumadores 41% y no fumadores 24%. Se obtuvieron diferencias significativas en el grupo A frente a B en la edad (46 ± 15 frente a 54 ± 11 ,

$p < 0,05$), sin diferencias en el género. No existieron diferencias estadísticas en antecedentes conocidos de EPOC o asma entre grupos, aunque el grupo B presentaba más individuos con antecedentes respiratorios y recibía con mayor frecuencia fármacos broncodilatadores ($p < 0,05$). Los pacientes del grupo B presentaron mayor prevalencia de síntomas o problemas respiratorios previos ($p < 0,05$), con predominio de tos ($p < 0,05$), expectoración ($p = 0,06$), sibilancias ($p = 0,09$), sin diferencias en disnea u opresión torácica. Aunque la presencia de comorbilidad conocida fue más frecuente en B, no se observaron diferencias significativas en patologías concretas (SAHS, HTA, cardiopatía isquémica, dislipemia, diabetes, insuficiencia cardíaca o trastorno afectivo). La función pulmonar media fue: FVCml 4.055 ± 1342 , FVC% 101 ± 20 , FEV1ml 3.096 ± 930 , FEV1% 95 ± 18 , FEV1/FVC% 77 ± 10 . No se obtuvieron diferencias en función pulmonar entre grupos, aunque el grupo B presentó tendencia a menor FV1/FVC% y FEV1% ($p < 0,1$).

Conclusiones: En una muestra limitada y no seleccionada de población general participante en una campaña del Día Mundial sin Tabaco se detecta mayor prevalencia de síntomas respiratorios y tendencia a obstrucción espirométrica en fumadores, por lo que estas acciones son útiles para detectar personas de riesgo y concienciar a los fumadores para abandonar el hábito.

TABAQUISMO EN EL HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE RONDA: INCITAR A LA PREVENCIÓN ENTRE HÁBITOS PROPIOS DE CONSUMO

M.T. Ramos Carrera, A.P. Vegas Viñas, J. Muñoz González, A.I. Tejada Ruiz y F. Cabello Rueda

Hospital de la Serranía de Ronda, Ronda, Málaga, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica que constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Un elemento importante en la lucha contra el tabaco es la actitud que toman los trabajadores sanitarios a la hora de combatir dicha enfermedad. Por ello, nos hemos planteado el objetivo de analizar el patrón de consumo de tabaco entre los FEAs y MIRs de nuestro hospital y la predisposición al abandono que tienen todos aquellos que son fumadores reconocidos.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo a través de encuestas anónimas no validadas a los médicos de las diferentes especialidades en el año 2018. Se incluyen datos socio-laborales, historia tabáquica y conocimiento sobre su estado de salud.

Resultados: De los 120 médicos (FEAs y MIRs) del Hospital de la Serranía de Ronda que han formado parte del estudio, el 64% son hombres y el 55% mujeres, con una edad media de 43,5 años (± 13 años). La mayoría (82%) afirma tener un buen estado de salud y el 92% no cuenta con factores de riesgo cardiovascular. El 82% de los trabajadores nunca han sido fumadores, el 26% son exfumadores, y sólo el 11% mantiene un tabaquismo activo. De estos últimos, la mitad ha tenido intentos previos de dejar de fumar y el 75% se lo ha planteado, considerando todos que este hábito afecta a su estado de salud. La edad media de inicio se encuentra en torno a los 18 años ($\pm 3,7$ años) y el 66% lleva más de 11 años fumando. Entre los exfumadores, la mitad lleva más de 11 años sin fumar y precisaron entre 1 y 4 intentos para conseguir el abandono definitivo. La motivación de la mayoría (88%) fue de ámbito y decisión personal y no necesitaron tratamiento sustitutivo ni otra terapia no farmacológica (88,5%). Con respecto al trato hacia el paciente, el 85% de los trabajadores afirma interrogarles sobre el consumo de tabaco, pero sólo el 37% realiza una intervención anti-tabaco, que generalmente se ejecuta a través de la información verbal (83%).

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo en los médicos del Hospital de la Serranía de Ronda es baja (11%). La edad media de inicio se concentra a los 18 años y la duración del hábito supera los 11 años. La

mayor motivación para el abandono está relacionada con el conocimiento del impacto que el hábito supone para su estado de salud, sin precisar en la mayoría de casos el uso de terapias farmacológicas. La mayoría de los médicos interrogan sobre el antecedente de tabaquismo, pero sólo el 37% realiza IBA con información verbal.

TABAQUISMO EN EL HOSPITAL. ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS PACIENTES?

C.V. López Charry¹ y J.M. Hernández Pérez²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España. ²Hospital General de La Palma, Breña Alta, Tenerife, España.

Introducción: El tabaquismo es la primera causa evitable de mortalidad entre la población general y es importante conocer no solo la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales sanitarios que atienden de primera mano a los pacientes con patologías relacionadas directamente con el consumo de tabaco, sino la actitud de éstos respecto al hábito tabáquico además de conocer que opinan los pacientes respecto a que el personal sanitario fume. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia y actitud del personal sanitario frente al tabaquismo y la de los pacientes respecto al personal.

Material y métodos: Se realizó una encuesta con diferentes ítems anónima entre los profesionales sanitarios y pacientes ingresados de 3 plantas de hospitalización que atienden a pacientes con patologías relacionadas con el consumo de tabaco.

Resultados: En nuestra muestra (n = 113) la edad media fue 38,71 años. En su mayoría fueron mujeres (87,3%). Existió una relación estadísticamente significativa entre el hábito tabáquico y la categoría profesional (p < 0,01). Solo el 14% de los encuestados se consideró fumador activo. El 92,86% de los fumadores reconoce fumar en su horario laboral. El 95,57% de los encuestados reconoce que el profesional fumador no da una buena imagen y creen en el 68,14% de los casos que al paciente le importa que el trabajador sanitario fume. El 100% de los encuestados conoce que está prohibido fumar en el recinto hospitalario. En la segunda muestra (n = 94) de pacientes entrevistados, el 58,51% de los pacientes entrevistados fueron mujeres. El 31,91% de los entrevistados eran fumadores activos. El 65,96% de los entrevistados no le importó que el profesional de la salud que les atendía fumase, pero un 84,04% de los entrevistados reconocieron que no daban una buena imagen. El 75,95% de los que pensaron que los profesionales de la salud que fuman no dan una buena imagen eran o habían sido fumadores, mientras que los que pensaban que si daban buena imagen el 4.

Conclusiones: Existe una baja frecuencia de fumadores entre los profesionales sanitarios. En su mayoría auxiliares y enfermeras, haciéndolo en su horario laboral a pesar de conocer que está prohibido. La gran mayoría de los encuestados reconoce que un profesional que fuma no da una buena imagen hacia los pacientes. El porcentaje de pacientes fumadores activos es importante y la mayoría son mujeres. A los pacientes no les importa en su gran porcentaje que les atienda alguien que sea fumador, pero reconocen en una gran mayoría que no da una buena imagen.

TABAQUISMO EN LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS

S.J. Sánchez Noguera, P. Mejía Lozano, N.N. Barba Gyengo, S. Pimentel Diniz, N. Arroyo Díaz, A.B. Gamiz Molina y C. Rodríguez Cabrero

Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Introducción: Las consecuencias del tabaquismo sobre la fisiología respiratoria son una variable de interés al realizar una exploración funcional, por lo que su prevalencia es de vital importancia al momento de su interpretación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de las exploraciones funcionales respiratorias realizadas en nuestro centro (abril-octubre 2018), analizando servicio solicitante, sexo y situación respecto al tabaquismo.

Resultados: Se analizaron 491 historias. La mayoría eran no fumadores (47%), seguido de los pacientes sin información respecto al tabaquismo (34%) y finalmente los fumadores (19%). 62% fueron mujeres y 38% hombres. De las participantes, 13% eran fumadoras, 44% no fumadoras y 43% no reflejaba información respecto al tabaquismo. De los participantes, 30% eran fumadores, 50% no fumadores y 20% no reflejaba información respecto al tabaquismo. De los servicios solicitantes, el 47% fueron solicitadas por Neumología, 32% por Enfermedades sistémicas, 15% por Reumatología y 6% por otros. Al relacionar el servicio solicitante con la situación del paciente respecto al tabaquismo, los fumadores se distribuían: 70% en Neumología, 14% en Enfermedades sistémicas, 8% en Reumatología y 8% en otros. La distribución de los no fumadores: 66% en Neumología, 15% en Enfermedades sistémicas, 14% en Reumatología y 5% en otros. Finalmente, los pacientes de los que no se registró información respecto al tabaquismo provenían 7% de Neumología, 66% de Enfermedades sistémicas, 19% de Reumatología y 8% de otros servicios.

Conclusiones: La proporción de fumadores era mayor en hombres y la de pacientes sin información respecto al tabaquismo fue mayor en mujeres. En orden decreciente, los servicios solicitantes fueron Neumología, Enfermedades sistémicas, Reumatología y otros, manteniéndose dicho orden en la distribución de fumadores y no fumadores. En el caso de los pacientes sin información respecto al tabaquismo, la distribución resultó ser en orden decreciente: Enfermedades sistémicas, Reumatología, otros y Neumología. El hecho de que a un tercio de los pacientes a los que se realizó la prueba, no se les registró en su historia su situación respecto al tabaquismo, podría sesgar la interpretación de las mismas.

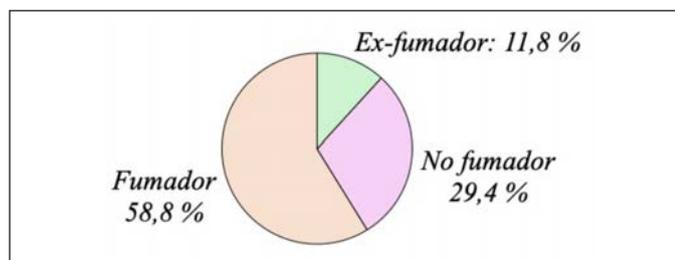
TABAQUISMO Y ABSCESO PULMONAR

M. Arroyo Varela¹, J. Bujalance Zafra², E.M. Acosta Bazaga¹, M. García Rueda¹, E. Salcedo Lobera¹, F.M. Páez Codeso¹, A. Dorado Galindo¹ y E.J. Soto Hurtado¹

¹UGCMQ de Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ²Unidad de Neumología, Hospital El Ángel, Departamento Médico Ibermutuamur, Málaga, España.

Introducción: El absceso pulmonar como patología presenta una serie de factores predisponentes, entre ellos, dada su prevalencia, destaca el tabaquismo. El objetivo del presente trabajo consiste en determinar la prevalencia de tabaquismo en pacientes con diagnóstico de absceso pulmonar que han requerido ingreso hospitalario, así como su relación con comorbilidades y variables demográficas y clínicas.

Material y métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados con el juicio clínico de absceso pulmonar en un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de estatus de fumador. Variables estudiadas: sexo, edad, comorbilidades, duración del ingreso, clínica de debut, afectación radiológica y analítica, tratamiento antibiótico prescrito. Las variables cualitativas se describen como valor absoluto y porcentaje, y las variables cuantitativas se describen con media \pm desviación estándar. 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



Estatus de tabaquismo.

las varianzas mediante el test de igualdad de las varianzas de Levene. El análisis se llevó a cabo con el programa SPSS 25.0. Se consideró estadísticamente significativo un valor $\alpha < 0,05$.

Resultados: N = 35 pacientes. Hombres 83%. Edad media: 51 ± 15 años. Estatus de tabaquismo: fumador (58,8%), no fumador (29,4%) y exfumador (11,8%). Días de estancia media $17,4 \pm 12$. Historia de alcoholismo 55%. Patología dual: 54%. Problemática social 20%, caries dental 59%. Los pacientes con historia de tabaquismo requirieron más días de ingreso de media (19 frente a 13) aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,21$), y presentaron mayor prevalencia de alcoholismo (75% frente a 10% con $p < 0,02$). No se encontraron diferencias significativas en el resto de parámetros explorados.

Características generales

	Media	Desv. típ.
Edad	51,8824	15,10120
Días ingreso	17,4412	12,14107
Hb	12,72	1,965
Leucocitos	14971,56	4922,460

Conclusiones: 1. La prevalencia de tabaquismo entre los pacientes con absceso pulmonar es muy superior a la de la población general. 2. La mayoría de los pacientes presentan patología dual. 3. La historia de tabaquismo se relaciona con una tendencia a presentar estancias hospitalarias más prolongadas.

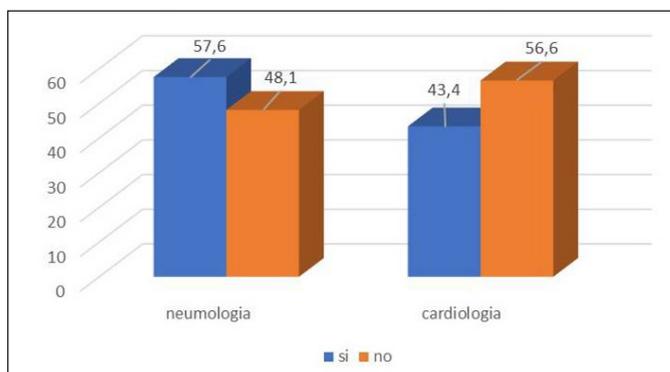
TABAQUISMO Y CARGA ASISTENCIAL HOSPITALARIA

L. Lázaro Asegurado¹, C. Fernández Martínez de Septién², S. Juarros Martínez³, T. Peña Miguel¹, C. Amado Diago⁴, M. Sánchez García², L. Ramos Casado⁵, V. Guevara Velázquez⁶, L. Juez García⁷ y L. Sierra Herranz⁸

¹Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos, España. ²Hospital Río Carrión, Palencia, España. ³Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España. ⁵Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España. ⁶Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España. ⁷Hospital General de Segovia, Segovia, España. ⁸Complejo Asistencial de León, León, España.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa evitable de morbimortalidad en nuestro medio. En 2014 la morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco en Castilla y León fue de 5,199 altas hospitalarias (14,3% del total, 17,8% en hombres y 7,4% en mujeres). Objetivo: valorar la carga asistencial hospitalaria relacionada con el tabaquismo en los servicios de neumología y cardiología de Castilla y León y Cantabria.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de los pacientes ingresados en neumología y cardiología el día 16 de mayo de 2018. Estudio estadístico: Análisis de variables categóricas (chi cuadrado



Ingresos relacionados con tabaquismo.

Pearson), comparación de medias (t-Student) y regresión logística con significación estadística para $p < 0,05$. SPSS-Win v21.0.

Resultados: Se recogen datos de 374 pacientes de 10 Áreas sanitarias de Castilla y León y Cantabria. Son hombres 265 (71%), edad media: 71,2 (16-97). Globalmente 63,4% tenían historia de tabaquismo (fumadores activos el 20,6%, exfumadores 42,8%). Estaban ingresados en neumología 213 (57%) y en cardiología: 161 (43%). Las patologías motivo de ingreso más frecuentes fueron CI (16,9%) EPOC (16,1%) neumonía (10,5%) e IC (10,2%). En el 51,3% su médico responsable considera que el motivo del ingreso está relacionado con el tabaquismo. Encontramos diferencias estadísticamente significativas por exposición de tabaquismo y sexo: los hombres lo están más que las mujeres (77,4% frente a 29,4%) ($p < 0,001$) y por edad: los pacientes con tabaquismo son más jóvenes (69,9 frente a 72,9) ($p < 0,048$). Según el tipo de patología, en los pacientes expuestos al tabaquismo predominan los procesos respiratorios frente a los cardiológicos (77,5% frente a 62%) ($p < 0,001$) con el siguiente peso: EPOC (100%), cáncer de pulmón (93%), cardiopatía isquémica (71%), insuficiencia cardíaca (63%), neumonía (59%), TEP (50%), asma (41%) y arritmias (34,8%). En neumología ingresaron más pacientes expuestos al tabaco que en cardiología (68,1% frente a 57,1%) ($p 0,030$) y, a criterio de su médico, en 57,6% de los ingresados en neumología el motivo está relacionado con el tabaquismo frente al 43,4% en cardiología ($p 0,011$). Las variables que más influyen en un ingreso considerado relacionado con tabaquismo son las patologías respiratorias con OR 10,9 (IC95% 5,5-21,8; $p > 0,001$) y después las patologías cardiológicas con OR 5,8 (IC95% 2,9-11,4; $p < 0,001$).

Conclusiones: Más de la mitad de los ingresos en cardiología y neumología están relacionados con el tabaquismo. Son necesarias medidas preventivas para disminuir tanta patología evitable.

TABAQUISMO Y CREENCIAS ACERCA DEL MISMO ENTRE LA POBLACIÓN JOVEN DE GRANADA

P.J. Romero Palacios¹, J. Torres Medina², G. Vargas Castillo², I. Navarro Pelayo², A. Mateos Romero², A. García del Moral², R. Moya Barquero² y B. Alcázar Navarrete³

¹Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España. ²Grupo de Trabajo de Desarrollo Pulmonar, Departamento de Medicina, UGR, Granada, España. ³AIG de Medicina, Hospital de Alta Resolución de Loja, Loja, Granada, España.

Introducción: El consumo de tabaco sigue siendo un problema de salud pública de primer nivel en la población general, más incluso en la población juvenil. El objetivo de este estudio es conocer el hábito tabáquico de una población juvenil y las creencias acerca del tabaquismo en esta población.

Comparación por grupos de edad del acuerdo con diferentes afirmaciones con respecto al tabaquismo

		Grupo de edad									
		< 15 años		16- 24 años		25- 34 años		35- 64 años		> 65 años	
		Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas
Después de años fumando el daño ya está hecho	Totalmente en desacuerdo	30	15,1%	265	16,9%	41	15,8%	76	15,2%	1	6,7%
	De acuerdo	39	19,6%	343	21,9%	55	21,2%	82	16,4%	0	0,0%
	Totalmente de acuerdo	74	37,2%	296	18,9%	49	18,9%	121	24,2%	6	40,0%
Fumar es una costumbre: Se puede dejar de fumar cuando se quiera	Totalmente en desacuerdo	23	11,6%	251	16,0%	39	15,0%	113	22,6%	4	26,7%
	Desacuerdo	45	22,6%	432	27,5%	50	19,2%	78	15,6%	0	0,0%
No es necesario tratamiento para dejar de fumar, con la voluntad es suficiente	Totalmente en desacuerdo	13	6,6%	145	9,2%	23	8,8%	75	15,0%	3	20,0%
	Desacuerdo	39	19,7%	375	23,9%	44	16,9%	78	15,6%	4	26,7%
Fumar menos de 10 cigarrillos al día no hace daño	Totalmente en desacuerdo	170	85,4%	1409	89,8%	219	84,2%	394	78,6%	12	80,0%
	Desacuerdo	15	7,5%	108	6,9%	23	8,8%	45	9,0%	0	0,0%
Si se hace deporte se eliminan las toxinas del tabaco	Totalmente en desacuerdo	111	55,8%	883	56,3%	139	53,7%	229	45,8%	11	73,3%
	Desacuerdo	45	22,6%	331	21,1%	39	15,1%	92	18,4%	2	13,3%
Al dejar de fumar se engorda mucho	Totalmente en desacuerdo	49	24,7%	350	22,4%	65	25,1%	105	21,0%	1	6,7%
	Desacuerdo	39	19,7%	325	20,8%	46	17,8%	66	13,2%	4	26,7%
Fumar tabaco bajo en nicotina y/o Light es menos perjudicial	Totalmente en desacuerdo	72	36,2%	783	49,9%	166	64,3%	352	70,3%	13	86,7%
	Desacuerdo	43	21,6%	414	26,4%	43	16,7%	67	13,4%	2	13,3%
Fumar es relajante	Totalmente en desacuerdo	63	31,7%	462	29,6%	94	36,3%	179	35,7%	7	46,7%
	Desacuerdo	32	16,1%	224	14,4%	30	11,6%	73	14,6%	1	6,7%
El tabaco ayuda a concentrarse	Totalmente en desacuerdo	117	59,1%	846	54,2%	145	56,0%	289	57,7%	8	53,3%
	Desacuerdo	34	17,2%	290	18,6%	47	18,1%	67	13,4%	2	13,3%

Material y métodos: Estudio observacional transversal realizado mediante cuestionario on-line (<https://goo.gl/buRcq3>) a una población de jóvenes de Granada, y difundida a través de sus redes sociales. Para cada entrevistado se recogieron datos sobre tabaquismo y creencias acerca del hábito mediante un cuestionario, con respuestas valoradas según una escala Likert (1 = nada de acuerdo, 5 = completamente de acuerdo).

Resultados: Participaron en la encuesta 2.545 entrevistados, con una edad media (DE) de 26,3 (12,2), el 60,9% de ellos mujeres y un 65,2% de los mismos con estudios universitarios. El porcentaje de fumadores activos de la muestra fue del 23,1% del total. La proporción de fumadores activos era superior en el tramo de edad de 25 a 34 años (31,9%) frente a de 35 a 64 años (25,1%) y frente a 16 a 25 años (22,5%). El grupo de 16 a 25 años tenía una mayor tasa de creencias erróneas en cuanto al tabaquismo (tabla).

Conclusiones: La proporción de fumadores activos es menor en los jóvenes de Granada estudiados. Esta población tiene creencias erróneas con respecto a la población de mayor edad en cuanto a considerar el tabaquismo como adicción que precisa tratamiento y el tabaco light como menos perjudicial. Es necesario reforzar los mensajes dirigidos a informar sobre los peligros y efectos del tabaco.

TABAQUISMO Y EPOC: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE FUMADOR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC EN UNA CONSULTA DE TABAQUISMO?

J.A. Riesco Miranda¹, C.A. Jiménez Ruiz², A. Nacarino Burgos³, S. Solano Reina⁴, J.I. Granda Orive⁵, C. Rábade Castedo⁶, E. Pastor Esplá⁷, M. García Rueda⁸ y F.J. Callejas González⁹

¹CHUCA, CIBERES, Cáceres, España. ²U.E. de Tabaquismo, Hospital Clínico, Madrid, España. ³Universidad de Extremadura, Cáceres, España. ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ⁶Hospital Universitario de Santiago Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España. ⁷Hospital Universitario San Juan, Alicante, España. ⁸Hospital

Universitario Carlos Haya, Málaga, España. ⁹Hospital Universitario, Albacete, España.

Introducción: La EPOC es una enfermedad crónica caracterizada por limitación crónica al flujo aéreo y síntomas persistentes que en nuestro medio está causada por el consumo de tabaco en más del 90% de los casos. Las características del fumador con EPOC fueron descritas hace 20 años en el estudio IBERPOC. Teniendo en cuenta lo anterior y que en España hay una red asistencial de unidades y consultas de tabaquismo acreditadas por SEPAR planteamos el siguiente estudio cuyo objetivo es principal es evaluar el impacto que las consultas de tabaquismo tienen en el diagnóstico precoz de la EPOC (Estudio DIPREPOQ). En esta comunicación pretendemos describir el perfil de tabaquismo en los nuevos diagnósticos de EPOC y estudiar posibles diferencias con los fumadores no EPOC.

Material y métodos: Se diseñó estudio prospectivo y multicéntrico, de 6 meses de duración, con participación de 8 centros acreditados por SEPAR (Madrid: 3 centros, Alicante, Málaga, Albacete, Santiago de Compostela y Cáceres). Todos los centros han recibido la aprobación del CEIC correspondiente. Tras firmar el consentimiento informado, a todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión (fig.) se les realizará espirometría y se obtendrán datos según cuestionario elaborado al efecto, incluyendo variables epidemiológicas y de tabaquismo (Fagerström, consumo actual de tabaco, años de tabaquismo, coximetría, intentos previos de abandono, tratamientos previos) Los resultados se almacenan en una base de datos y se realiza estudio estadístico mediante programa informático.

Resultados: Se evaluaron un total de 401 p en consulta de tabaquismo, remitidos tanto desde AP como desde A.E. (186 M/212 V con una edad media de 55 a). De éstos, un total de 252 p (63%) cumplen criterios de inclusión según la figura. A todos ellos se les realiza espirometría, obteniendo un total de 73 p (29%) con nuevo diagnóstico de EPOC. Predominan los V (59%) (43) sobre M (41%) (30). El perfil de tabaquismo se describe en la tabla. Como dato destacable en cuanto al tabaquismo, no se observan diferencias en la dependencia nicotínica de fumadores con y sin EPOC. La diferencia más importantes está

Tabla 1. Perfil clínico: Tabaco en EPOC

Tiempo Medio consumo.....	41 ± 9
Nº cigarrillos/día.....	24 ± 9
Índice años / paquete.....	49 ± 19
CO en aire espirado.....	15
Carboxihemoglobina.....	2,6 %
Fagerström.....	6,1 ± 2,4

El 61 % de pacientes con EPOC tienen Fagerström ≥ 6
El 60 % de pacientes sin EPOC tienen Fagerström ≥ 6

Tabla 2. Estudio diferencial: Tabaquismo

EPOC	CIGARROS	CIGARROSIDA	AÑOS	PAQUAÑO	PUROSIDA	PUROS	AÑOSPuros	PIPASIDA	CIGARRO ELECTRÓICO
NO	Media	21,95	19,33	34,60	38,8107	,19	,22	,22	,09
	N	173	171	173	173	129	128	129	129
	Desviación estándar	7,510	8,803	10,110	20,44846	1,310	1,397	1,808	,352
SI	Media	23,97	18,79	42,78	52,7188	,09	,00	,04	,00
	N	73	73	72	72	53	53	53	53
	Desviación estándar	9,089	10,600	12,003	35,60524	,687	,000	,275	,000
TOTAL	Media	22,55	19,17	37,60	42,8990	,16	,15	,17	,07
	N	246	244	245	245	182	181	182	182
	Desviación estándar	8,046	9,358	11,310	26,53242	1,162	1,178	1,530	,521

La diferencia en el grupo EPOC frente al no EPOC está en los años de tabaquismo y en Iap (ANOVA p < 0,000)

en la duración mayor del tabaquismo e Índice a/p en pacientes con EPOC (fig.) (ANOVA p < 0,000).

Conclusiones: Las consultas de tabaquismo contribuyen a mejorar el diagnóstico precoz de la EPOC. El perfil de fumador en pacientes con EPOC se diferencia en la historia de tabaquismo (años de fumador e I a/p) pero no en el resto de variables estudiadas habitualmente.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA VASCULAR EN PACIENTES FUMADORES

A. Sánchez Azofra¹, P. Landete Rodríguez¹, R. Bravo Fernández², B. Aldave Orzaiz¹, E. Zamora García¹, C. Acosta Gutiérrez¹, Á. González Rodríguez³, A. Martínez Vergara¹, M. Churrua Arróspide¹, J.M. Muñoz Olmedo⁴, A. Frieria Reyes⁴, J. B. Soriano Ortiz¹ y J. Ancochea Bermúdez¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España. ²Hospital Virgen de La Luz, Cuenca, España. ³Instituto de Investigación La Princesa, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. ⁴Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España.

Introducción: Fumar es uno de los principales factores prevenibles de riesgo cardiovascular. La presencia de placas de ateroma refleja un estadio inicial de la enfermedad cardiovascular. El objetivo de este estudio fue demostrar la existencia de aterosclerosis precoz en individuos expuestos a tabaco.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico observacional prospectivo de corte transversal en el que se incluyeron pacientes que acudieron a la consulta general de neumología de nuestro hospital. Dentro del protocolo del estudio se realizó una ecografía vascular bilateral de las arterias carótidas y femorales. Se recogieron datos de demográficos; edad, sexo, hábito tabáquico acumulado, índice de masa

corporal (IMC), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y otras comorbilidades cardiovasculares previas. Se dividió a los pacientes en tres grupos; no fumadores (grupo A), fumadores activos (grupo B) y exfumadores (grupo C).

Resultados: Se incluyeron un total de 223 pacientes de los cuales un 56% eran varones. Las principales características clínicas se detallan en la tabla. Presentaron placa de ateroma en la arteria carótida izquierda un 53,7% de los fumadores activos, un 38,9% de los exfumadores y un 23,2% de los no fumadores siendo esta relación estadísticamente significativa (p = 0,005). La relación entre la presencia de placa de ateroma en la arteria carótida derecha y el tabaquismo no fue significativa. En la arteria femoral derecha presentaron placa de ateroma un 50% de los fumadores activos, un 62% de los exfumadores y un 21,4% de los no fumadores (p < 0,001) y en la arteria femoral izquierda un 55,6% de los fumadores activos, un 61,1% de los exfumadores y un 19,6% de los no fumadores (p < 0,001) siendo ambas relaciones estadísticamente significativas.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	p
	No fumadores	Fumadores activos	Exfumadores	
Edad media	58,53 ± 9,93	56,80 ± 7,57	61,66 ± 7,79	0,002
IMC	28,91 ± 5,26	31,32 ± 7,23	28,05 ± 5,20	0,003
IPA		31,94 ± 22,38	32,18 ± 22,86	0,209
FEV1%	97,45 ± 19,61	76,92 ± 25,54	72,01 ± 28,43	< 0,001
Colesterol total	198,82 ± 37,6	203,35 ± 32,69	188,72 ± 37,17	0,038

Conclusiones: Los pacientes tanto fumadores como exfumadores presentan mayor incidencia de placas de ateroma en arterias femorales y carótida izquierda por lo que sería recomendable realizar ecografías vasculares en pacientes fumadores con IPA mayor de 30. El tabaco sigue siendo una de las principales causas de aterosclerosis subclínica aumentando el riesgo de eventos cardiovasculares.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN) PRESCRITA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

M. Pérez Morales, C. España Domínguez, M. Merino Sánchez, M. Morales González, I. Muñoz Ramírez y A. Arnedillo Muñoz

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la efectividad de un tratamiento con TSN en pacientes fumadores ingresados en nuestro hospital y analizar si existen factores relacionados con el éxito de dicha terapia.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes fumadores tratados durante el periodo de hospitalización con TSN, concretamente parches, entre los años 2013-2017 en nuestro hospital, evaluándose el seguimiento a 1 mes, 6 meses y 1 año tras el alta hospitalaria.

Resultados: Se reclutaron 114 pacientes, obteniendo datos válidos para el análisis de 88 pacientes, 53 (60,2%) varones con una edad media de 60,4 ± 12,06 años. El índice acumulado de tabaco medio fue de 52,25 ± 27,8 y la estancia media de 10,97 ± 9,28 días. Los diagnósticos más frecuentes de ingreso fueron EPOC en el 25% de los casos, cáncer de pulmón en el 10,2%, hemoptisis en el 6,8%, neumonía en el 6,8%, ACVA, patología digestiva y patología tumoral no pulmonar en el 4,5% cada una, cardiopatía isquémica en el 3,4%. Las comorbilidades más frecuentemente encontradas fueron EPOC (43,2%), HTA (35,2%), dislipemia (30,7%), depresión (29,5%), diabetes mellitus (27,3%), alcoholismo (25%), ansiedad (21,6%), adicción a otras drogas (14,8%), cáncer de pulmón (13,6%), cardiopatía isquémica (12,5%) y ACVA (10,2%). La mayoría ingresaron en Neumología (54,5%) y en Medicina interna

(23,9%). Al mes del alta habían dejado de fumar el 50% de ellos, a los 6 meses se mantenían sin fumar del 40,9% y al año el 43,2%. Entre los factores predictores de abandono del hábito tabáquico al año del tratamiento se asociaron significativamente el diagnóstico de EPOC ($p = 0,046$), el de cáncer de pulmón ($p = 0,025$) y la existencia de tratamiento para la ansiedad ($p = 0,048$). Los pacientes con antecedentes de alcoholismo se asociaron a una mayor tasa de fracaso al año ($p = 0,025$). Solo el 29,5% de los pacientes tratados fueron seguidos en una unidad de deshabituación del tabaco tras el alta.

Conclusiones: La prevalencia de tratamiento de deshabituación tabáquica en pacientes ingresados es muy baja, alcanzando una efectividad del 43,2% al año. La existencia de EPOC, cáncer de pulmón y tratamiento ansiolítico se asociaron a una mayor tasa de éxito, mientras que los antecedentes de alcoholismo se asociaron a mayor tasa de fracaso. El seguimiento tras el alta en unidades especializadas de deshabituación es muy bajo, por lo que hace falta articular mecanismos que aseguren dicho seguimiento.

TÉCNICAS Y TRASPLANTE

PLEURA

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA EN EL ABORDAJE DEL DERRAME PLEURAL

M. Belver Blanco, B. de Vega Sánchez, C. Disdier Vicente, S. Jaurrieta Largo, M.J. Chourio Estaba, A.I. García Onieva, M. B. Cartón Sánchez, I. Ramos Cancelo, S. Juarros Martínez, D. Vielba Dueñas, E. Macías Fernández, Á. Herrero Pérez y V. Roig Figueroa

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: La ecografía es una técnica cada vez más utilizada en la práctica clínica habitual, dada la valiosa información que aporta en tiempo real, siendo inocua para el paciente. Por este motivo, se está convirtiendo en un procedimiento fundamental en el desarrollo de la actividad asistencial del neumólogo. Nuestro objetivo es valorar la aportación de los hallazgos ecográficos en la realización de ecografías torácicas en los pacientes con derrame pleural no filiado, así como caracterización clínica y radiológica de los mismos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 150 pacientes con derrame pleural sin filiación etiológica, a los que realiza una ecografía torácica. Se han analizado datos demográficos, comorbilidades, características bioquímicas, clínica y hallazgos ecográficos.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes (edad media 69,04, DE 14,64 años, 63% varones), siendo los antecedentes más frecuentes: tabaquismo 58% ($n = 87$), 49% antecedentes oncológicos ($N = 74$) y 32% cardiopatía ($N = 48$). La localización anatómica más frecuente fue: hemitórax derecho, hemitórax izquierdo y derrame pleural bilateral (43, 40 y 17% respectivamente), siendo la cuantía de DP leve, moderado, submasivo y masivo con presencia de desplazamiento mediastínico contralateral ($N = 40, 69, 25$ y 16 respectivamente). La realización de ecografía torácica previa al intervencionismo pleural permitió determinar la existencia de: atelectasia compresiva del pulmón subyacente, tabiques internos, presencia de imágenes nodulares/engrosamiento difuso pleural y ecos internos en el 40, 16%, 16% y 9% de los casos respectivamente. Del mismo modo, se consiguió identificar un 13% de derrames pleurales contralaterales mediante el estudio sistemático ecográfico de ambos hemitórax, a pesar de que solo se analizaron el 46% de los casos ($n = 69$). Se extrajo un volumen medio de 496 ml (DE 496 ml), un 82% exudados tras la aplicación de los crite-

rios de Light, con determinaciones medias: pH 7,27, proteínas líquido pleural 3,7 (DE 1,3), LDH 1341 (DE 3.910) y ADA 39,47 (DE 144).

Conclusiones: La ecografía torácica es una herramienta útil, dinámica e indolora que aporta valiosa información para el clínico. Es mandatoria la valoración de derrame pleural contralateral ya que su utilización permite diagnosticar un 13% más de derrames bilaterales. Un correcto uso e interpretación de la ecografía torácica puede optimizar el número de procedimientos complementarios.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERCONSULTAS ATENDIDAS POR UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

A. Oliva Ramos, V. Gallo González, A. Cerezo Lajas, E. Rodríguez Jimeno, J.R. Terán Tinedo, Z. Ji, L. Puente Maestu y J. de Miguel Díez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: Las interconsultas aportan conocimientos de una especialidad a otra, pero suponen un trabajo adicional a la actividad diaria y una carga extra de trabajo. El objetivo de este estudio fue conocer las características de las interconsultas atendidas por el Servicio de Neumología de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las interconsultas realizadas por el Servicio de Neumología de nuestro hospital durante 10 meses. Se recogieron datos sobre la especialidad solicitante, las características del paciente, la actitud diagnóstica y el tratamiento realizado tras la valoración.

Resultados: Se incluyeron datos de 264 interconsultas consecutivas, correspondiendo el 43,9% a mujeres ($n = 116$) y el 56,1% a varones ($n = 148$). La edad media de los pacientes fue de $67,92 \pm 14,03$ años. Los servicios solicitantes más frecuentes fueron Oncología Médica (16,3%), Medicina Interna (12,5%), Cardiología (9,5%), Nefrología (9,1%), Digestivo (7,6%), Cirugía Torácica (7,2%), Cirugía Cardíaca (4,9%) y Cirugía General (4,5%). Los motivos de solicitud más frecuentes fueron derrame pleural (17,8%), insuficiencia respiratoria (15,5%), disnea y ajuste de tratamiento (12,5% en cada caso), realización de una fibrobroncoscopia (11%), estudio de infiltrados pulmonares (7,2%) y valoración de lesiones pulmonares posiblemente tumorales (5,7%). Tras la valoración por Neumología, las pruebas complementarias realizadas con mayor frecuencia fueron: gasometrías arterial (18,19%), estudios de sueño (11,92%), pruebas de función respiratoria (11,62%), radiografía de tórax (9,54%), fibrobroncoscopia (8,94%), técnicas pleurales (7,76%) y pruebas de imagen complejas (TC torácico en 3,28% de casos, angio-TC en 1,79% y PET-TC en 0,6%). La media de días de seguimiento de cada interconsulta fue de $2,50 \pm 2,84$ días.

Conclusiones: Las interconsultas atendidas por Neumología suponen una importante carga de trabajo. Los Servicios solicitantes más frecuentes fueron Oncología Médica y Medicina Interna. Las valoraciones de derrame pleural e insuficiencia respiratoria fueron las más demandadas. La mejora de la formación transversal entre servicios y la creación de protocolos de tratamiento de las patologías más comunes podrían disminuir el número de interconsultas realizadas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PORTADORES DE CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO PERMANENTE Y PLEURODESIS CON TALCO SLURRY ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA PLEURAL

F.J. Moraza Cortés, T. Zabala Hernández, A. Artaraz Ereño, O. Bronte Moreno, L. Chasco Eguílaz, P. García Hontoria, A. Jódar Samper, A. Aranburu Ojembarrena, L. Altube Urrengoechea, M. Martínez Ramírez y M.J. Gómez Burgo

Osakidetza, Galdakao, Vizcaya, España.