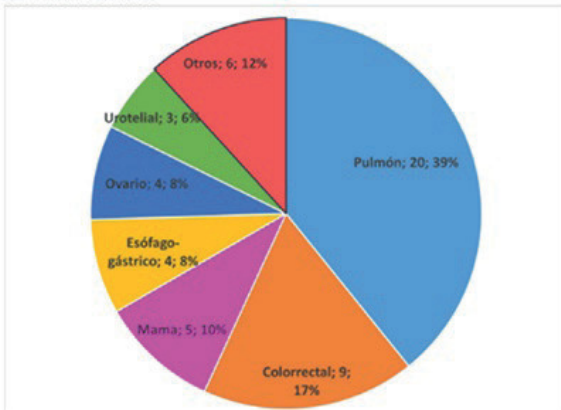


**Introducción:** Los pacientes oncológicos tienen mayor riesgo de presentar complicaciones tromboembólicas debido al estado de hipercoagulabilidad que generan los tumores, llegando a presentar una incidencia de episodios tromboembólicos hasta cinco veces superior a la población general. El riesgo de enfermedad tromboembólica (ETV) varía en función de factores individuales y tumorales. El objetivo de este estudio es evaluar las características clínicas de pacientes oncológicos atendidos por tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo en el Complejo Universitario de Salamanca (CAUSA).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de base hospitalaria de pacientes oncológicos atendidos por TEP agudo entre abril de 2020 y abril de 2021 en el Servicio de Oncología Médica del CAUSA. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes para proceder a su caracterización clínico-patológica.

**Resultados:** 51 pacientes fueron incluidos en nuestro estudio. La mediana de edad fue de 66 años (37-87). 28 (53,8%) pacientes eran varones. El tipo de tumor más frecuentemente asociado era el cáncer de pulmón, en 20 (39,2%) pacientes, seguido del cáncer colorrectal en 9 (17,6%), siendo la histología predominante la de adenocarcinoma (47%) (fig.). No se registró ningún caso en neoplasias de páncreas. En el momento del evento el estadio IV fue el más reportado, en 35 (68,7%) pacientes, encontrándose en tratamiento activo el 82,4% de la muestra. En 10 (19,6%) pacientes se conocían eventos trombóticos previos. Del conjunto de TEP registrado, 17 (33,3%) fueron hallazgos incidentales y 34 sintomáticos (siendo la disnea el síntoma más habitual). 50 de 51 pacientes fueron diagnosticados mediante TC de arterias pulmonares, mientras que 1 caso fue detectado por gammagrafía V/Q. En 17 (33,3%) se objetivaron defectos de repleción arterial en ambos pulmones. La localización del trombo fue en arterias segmentarias en 22 casos (43,1%), en lobares en 16 (31,4%) y en arterias principales en 13 (25,5%).

Figura 1. Distribución absoluta y porcentual de las neoplasias primarias en relación con el evento tromboembólico



**Conclusiones:** Los datos epidemiológicos y clínicos obtenidos el Servicio de Oncología Médica del CAUSA sobre pacientes con TEP son acordes a lo descrito en la literatura actual con una mayor prevalencia de TEP en tumores de pulmón y colorrectales frente a tumores del tracto digestivo superior. La elevada sospecha diagnóstica en Urgencias de estos pacientes es clave dada la gravedad de estas complicaciones.

#### 404. USO DE DEEP LEARNING PARA LA BÚSQUDA DE VARIACIONES EN CÁNCER DE PULMÓN

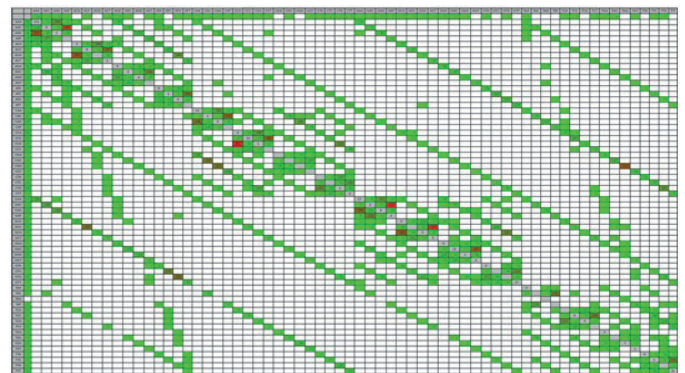
M. Arroyo Varela<sup>1</sup>, R. Larrosa Jiménez<sup>2</sup> y R. Bautista Moreno<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. <sup>2</sup>Departamento de Arquitectura de Computadores, Universidad de Málaga, Málaga, España. <sup>3</sup>SCBI, Universidad de Málaga, Málaga, España.

**Introducción:** La medicina de precisión está en auge en los últimos años, se basa en el uso de biomarcadores validados con los que clasificar a los pacientes por su riesgo de padecer una enfermedad, diagnosticarlos, realizar un pronóstico y predecir su respuesta a un tratamiento, sobre todo en enfermedades como el cáncer. Los avances en el conocimiento del genoma humano ha permitido la identificación de variaciones patogénicas concretas, lo que permite ofrecer tratamientos personalizados dirigidos a cambios genéticos concretos.

**Material y métodos:** En el presente trabajo hemos utilizado muestras de tejido tumoral y sano de adenocarcinoma de pulmón proveniente de ocho pacientes intervenidos en el Hospital Regional de Málaga. Estas muestras han sido secuenciadas en un secuenciador de alto rendimiento Illumina NextSeq550. La secuenciación ha sido preprocesada con la herramienta SeqTrimNext (v2.0.67), la cual elimina las lecturas de baja calidad, los adaptadores de secuenciación y cualquier contaminante. Las lecturas útiles fueron mapeadas sobre el genoma humano (versión hg38) utilizando la herramienta STAR (v2.5.3a). El resultado se indexó con la herramienta Samtools (v1.13) para poder realizar un acceso rápido a las lecturas alineadas. A continuación se usó la herramienta Deepvariant (v1.2.0), desarrollada por Google, que identifica variantes génicas utilizando métodos de aprendizaje profundo, basados en la conversión tensores de los alineamientos, y en el análisis de esos tensores mediante redes neuronales convolucionales.

**Resultados:** La aplicación de Deepvariant sobre las muestras de adenocarcinoma permite identificar un total 1.473.803 variantes distintas en tejido sano, mientras que las variantes identificadas en el tejido tumoral asciende a 1.906.053 variantes, lo que confirma la acumulación de variaciones en el tejido tumoral con respecto al sano. La comparación de ambos resultados muestra que 1.286.878 variaciones son exclusivas el tejido tumoral. La anotación clínica de estas variaciones muestra que muchas de ellas están directamente relacionadas con el desarrollo tumoral.



**Conclusiones:** En este trabajo se ha optimizado el funcionamiento de un nuevo flujo de trabajo basado en redes neuronales y aprendizaje profundo, y se ha usado para identificar las variaciones génicas presentes en las muestras sanas y tumorales de 8 pacientes de adenocarcinoma. Se han encontrado los genes que presentan mutaciones patogénicas, lo que podría ayudar en tratamientos de medicina personalizada.

## TABAQUISMO

#### 140. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) QUE DEJAN DE FUMAR

M.I. Cristóbal Fernández, A.M. Cicero Guerrero, C. Villar Laguna y C.A. Jiménez Ruiz

Unidad Especializada en Tabaquismo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

**Introducción:** Analizar la relación entre consumo de tabaco y calidad de vida en pacientes con EPOC.

**Objetivos:** Analizar el impacto de dejar de fumar en la calidad de vida de los fumadores con EPOC.

**Material y métodos:** Estudiamos a un grupo de sujetos con EPOC que recibieron tratamiento para dejar de fumar. Todos los pacientes fueron tratados con broncodilatadores de acuerdo al grado de severidad de su enfermedad. Este tratamiento no cambió durante el proceso de abandono del tabaco. Los pacientes recibieron tratamiento para dejar de fumar que consistió en una combinación de tratamiento farmacológico y asesoramiento psicológico. Todos los pacientes rellenaron el cuestionario CAT antes de comenzar el programa de tratamiento de abandono del tabaco y seis meses después de la abstinencia. Todos los sujetos incluidos habían dejado de fumar.

**Resultados:** El estudio ha incluido 136 pacientes de los cuales 75 eran hombres (55,1%) con edad media de 62,9 (8,5) años. La puntuación media del CAT antes de dejar de fumar fue de 19,4 (7,9) puntos, y al cabo de los seis meses de abstinencia fue de 7,9 (5,9) puntos,  $p = .031$ . El análisis de regresión múltiple mostró: a) a mayor puntuación basal del CAT antes de dejar de fumar, más alta es la diferencia después de seis meses de abstinencia, a la misma edad, sexo y grado de severidad de la EPOC y b) a mayor edad, menor es la diferencia entre la puntuación basal del CAT y sus valores a los seis meses de abstinencia.

**Conclusiones:** El abandono del consumo del tabaco se sigue de una mejoría de la calidad de vida en fumadores con EPOC. Aquellos con la peor calidad de vida adquieren el mayor beneficio, aunque esta diferencia puede ser disminuida en sujetos de mayor edad.

### 321. ASOCIACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO CON EL PRONÓSTICO DE COVID-19: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

C. Rábade Castedo, F.J. González Barcala, G. Barbeito Castiñeiras, A. González Castellanos, M. Dablanca Pallares, M. Sánchez Zapata, I. Rodríguez Vázquez y S. Rial Friero

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

**Introducción:** Varios metanálisis han demostrado que el consumo de tabaco se asocia a formas más graves de COVID-19. El objetivo del estudio es analizar en una muestra de pacientes de nuestra área sanitaria con diagnóstico confirmado de COVID-19 la relación entre tabaquismo actual o pasado con su evolución desfavorable.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo de una muestra de pacientes con diagnóstico de COVID-19 que acuden al servicio de Urgencias entre enero y febrero de 2021 con una edad entre 40-60 años. Se calculan las diferencias entre fumadores (actuales y pasados) y no fumadores con respecto a variables pronósticas (mortalidad en 30 días, hospitalización, ingreso en UCI, presencia de neumonías, estancia hospitalaria o marcadores de inflamación). 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 incluye una muestra de 321 pacientes. 97 pacientes tienen antecedentes de tabaquismo (actual o pasado) presentando un porcentaje de hospitalización mayor que los no fumadores (69% vs. 56%;  $p = 0,024$ ). La frecuencia de neumonías es mayor en pacientes COVID-19 fumadores o exfumadores (61 vs. 54%;  $p = 0,045$ ). La mortalidad a los 30 días es discretamente mayor en pacientes con historia de tabaquismo (8,2% vs. 6%;  $p = 0,28$ ). Marcadores de inflamación como la proteína C reactiva están más elevados en fumadores COVID-19 (7,46 vs. 5,4;  $p = 0,032$ ). En los pacientes ingresados por COVID-19 la estancia media se relaciona con el hábito tabáquico ( $8 \pm 10$  vs.  $6 \pm 8,8$ ,  $p = 0,007$ ).

Antecedentes de tabaquismo en pacientes con COVID-19 y variables pronósticas

| Variables                    | Historia de tabaquismo | No historia de tabaquismo | p     |
|------------------------------|------------------------|---------------------------|-------|
| n=321                        | 97                     | 224                       |       |
| Frecuencia de neumonía       | 58 (61%)               | 121 (54%)                 | 0,045 |
| Hospitalización (%)          | 67 (69%)               | 127 (56%)                 | 0,024 |
| Mortalidad a los 30 días (%) | 8 (8.2%)               | 13 (5.8%)                 | 0,28  |
| Ingreso en UCI               | 6 (6%)                 | 10 (4.4%)                 | 0,4   |
| Proteína C reactiva (ng/ml)  | 7,46±7,5               | 5,4±5,7                   | 0,032 |
| Ferritina (ng/ml)            | 787±99                 | 547±88                    | 0,054 |

Los resultados se presentan en valor absoluto, porcentajes (%) y medias  $\pm$  desviación típica

**Conclusiones:** El hábito tabáquico es un factor a tener en cuenta para predecir el pronóstico de COVID-19 asociándose a una mayor frecuencia de hospitalización e inflamación.

### 589. CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE CARBOXIHEMOGLOBINA EN SANGRE Y EL HÁBITO TABÁQUICO

C. Sánchez Fernández, W.I. Girón Matute, Z. Ji, C.A. Correa Gutiérrez, K.H. Liendo Martínez, S. Suárez Escudero, I.M. Domínguez Zabaleta, V. Parra León, J. de Miguel Díez y L. Puente Maestu

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** El monóxido de carbono (CO) compete con el oxígeno por los mismos puntos de unión a la hemoglobina, teniendo esta sustancia una afinidad 210 veces mayor que la del oxígeno (O<sub>2</sub>). La intoxicación por CO es una causa frecuente de intoxicación que en muchos casos provoca la muerte del individuo. De la misma manera, su inhalación crónica aún a bajas concentraciones puede ocasionar otros daños en la salud, ya que se ha relacionado con problemas cardiológicos y neurológicos. Los niveles de carboxihemoglobina (COHb) en sangre deberían ser inferiores al 2,5%, pero en fumadores esta cifra puede aumentar hasta el 10%. Además del tabaco, la inhalación de CO en el domicilio u otros entornos puede ser motivo de la elevación de estos niveles. Nuestro objetivo es evaluar la relación entre los niveles de COHb y el consumo de tabaco.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, en el que se han recogido los datos de las gasometrías arteriales realizadas durante los meses de junio y julio de 2021 en un hospital universitario terciario, incluyéndose así una muestra con un total de 86 pacientes. Previamente se habían excluido del estudio las de aquellos pacientes que presentaban insuficiencia respiratoria ( $pO_2 < 60$  mmHg).

**Resultados:** El grupo comprendía una edad media de 71,7 años ( $\pm 14$ ) y 59,3% de varones. Del total, el 41,9% eran no fumadores, el 10,5% eran fumadores activos y el 47,7% eran exfumadores. Se analizó la diferencia de los niveles de COHb entre dichos grupos, estableciendo como punto de corte de la normalidad el 2,5% de COHb en sangre arterial, basándonos en resultados de otras publicaciones existentes en la literatura. Se pudo objetivar así cómo los niveles de COHb se encuentran más elevados entre aquellos individuos fumadores que entre los no fumadores, siendo esta diferencia estadísticamente significativa  $p < 0,01$ .

**Conclusiones:** Los niveles de COHb se hayan más elevados entre los sujetos con hábito tabáquico. Esto puede alterar los resultados de la medición de la difusión pulmonar entre los fumadores, por lo que medir dichos niveles puede ser de ayuda para mejorar la interpretación de esta prueba.

### 566. DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN FUNCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO

M. Jiménez Gómez, E. Catalinas Muñoz, J. Díaz Miravalls, P. Manso Tejerina, C. Vizoso Gálvez, C. de la Sota Montero, J.I. de Granda Orive y J. Margallo Iribarnegaray

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** El consumo de tabaco se ha relacionado con una disminución de los niveles séricos de vitamina D. La vitamina D tiene efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios en el parénquima pulmonar. Se ha demostrado su papel beneficioso en múltiples enfermedades respiratorias. El objetivo principal del estudio fue evaluar los niveles de vitamina D en pacientes ingresados en planta de Neumología en función del consumo de tabaco.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional, incluyendo a los pacientes ingresados en planta de hospitalización de Neumología en nuestro centro desde octubre a diciembre de 2021. Se recogieron variables epidemiológicas, estatus de fumador, el motivo de ingreso y los niveles séricos de vitamina D. Se consideró deficiencia de vitamina D cuando los niveles séricos fueron inferiores a 20 ng/ml. El cálculo de la normalidad de las variables se ha realizado mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, expresándose los valores en media o mediana en función de esto. Las comparaciones entre variables han sido realizadas mediante los test de Chi Cuadrado y U Mann Whitney según corresponde. Se utilizó el programa SPSS versión 25 para el análisis estadístico.

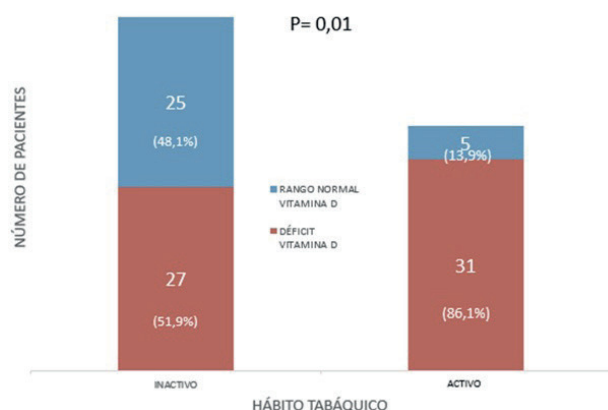
**Resultados:** Un total de 88 pacientes fueron incluidos en el estudio. La mediana de edad fue de 65 años, siendo hombres un 62,5% de los casos. Otras características de la población se muestran en la tabla 1. Respecto al hábito tabáquico, 33 pacientes (37,5%) eran fumadores, la mayoría hombres (80,6%). En este grupo, la mediana de consumo fue de 11,5 cigarrillos al día y el índice paquetes-año (IPA) mediano fue de 46,5. El grupo de no fumadores incluía a 55 pacientes (62,5%), de los cuales 31 eran exfumadores (56,4%) con un IPA mediano de 40. Los fumadores activos presentaron niveles de vitamina D significativamente menores que los no fumadores ( $p = 0,012$ ). Hubo una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,01$ ) en el número de pacientes con deficiencia de vitamina D en el grupo de fumadores activos (86,1%) frente al grupo de no fumadores (51,9%). Esta diferencia se representa en la figura.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, los pacientes fumadores presentaron niveles significativamente más bajos de vitamina D respecto a los no fumadores y hubo más casos de déficit de vitamina D. Dados los

Características de la población y niveles de vitamina D en función del hábito tabáquico.

| N=88                                          | Fumador     | No fumador   | P valor |
|-----------------------------------------------|-------------|--------------|---------|
| N (%)                                         | 33 (37,5%)  | 55 (62,5%)   |         |
| Edad, mediana (RIQ)                           | 60,5 (21)   | 66,5 (20)    | P=0,062 |
| Hombres, N (%)                                | 29 (80,6%)  | 26 (50%)     | P=0,004 |
| Número cigarrillos, media (desviación típica) | 11,46 (8,9) |              |         |
| Índice paquete-año, mediana (RIQ)             | 46,5 (30)   |              |         |
| Motivo de ingreso                             |             |              | P=0,122 |
| Agudización de EPOC, N (%)                    | 17 (47,2%)  | 21 (40,4%)   |         |
| Neumonía, N (%)                               | 16 (44,4%)  | 16 (30,8%)   |         |
| Asma, N (%)                                   | 2 (5,6%)    | 8 (15,4%)    |         |
| Agudización de EPID, N (%)                    | 1 (2,8%)    | 7 (13,5%)    |         |
| Nivel vitamina D, mediana (RIQ)               | 13,3 (8)    | 19,15 (13,7) | P=0,012 |
| Deficiencia vitamina D, N (%)                 | 31 (86,1%)  | 27 (51,9%)   | P=0,01  |
| Suplementos vitamina D, N (%)                 | 14 (39,9%)  | 24 (39,3%)   | P=0,965 |

Siglas: RIQ: rango intercuartílico, EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.



Prevalencia del déficit de vitamina D en función del hábito tabáquico.

posibles efectos beneficiosos de la vitamina D en las enfermedades respiratorias, se podría valorar determinar sus niveles, especialmente en fumadores, para suplementarla en caso de que fuera necesario.

## 161. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DEL TABACO COMO PREDICTOR DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

P. Vaquero Lozano<sup>1</sup>, J. Salamanca Blanco<sup>2</sup>, C. Castañeda de Juan<sup>1</sup>, R. Solano García-Tenorio<sup>3</sup>, M-V. González Dou<sup>4</sup> y J.C. Vargas Espinal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología, CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. <sup>2</sup>S.A.R. Morata de Tajuña, Madrid, España. <sup>3</sup>Unidad de Hospitalización de Obstetricia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. <sup>4</sup>Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

**Introducción:** Son diversos los factores que pueden influir en el éxito en la deshabituación, como el sexo, la edad, la situación socioeconómica, el nivel educativo, el grado de dependencia a la nicotina y la presencia de enfermedades crónicas asociadas. Numerosos estudios han demostrado que iniciar el consumo de tabaco a una edad temprana en la adolescencia sería un fuerte predictor del consumo del tabaco en la edad adulta. El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre la edad de inicio en el consumo del tabaco y el éxito en la deshabituación tabáquica.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, observacional, de pacientes consecutivos. Se determinaron las siguientes variables: sexo, edad, edad de inicio, intentos previos, IPA, grado de dependencia, motivación (medida por escala analógica visual), test de Fagerström, medición de CO y %CoHb. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS V.24, presentando las variables cuantitativas con media (DE) para variables con distribución asimétrica y las cualitativas con frecuencias (%). Se han utilizado los test de chi-cuadrado y t de Student estableciéndose la significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Obtuvimos una n de 143 pacientes, 56,6% varones y 43,4% mujeres. Con una edad media de 56,32 años. Presentaban un IPA de 42,73. El análisis de la dependencia física mediante test de Fagerström mostró una media de 6,71. El 51% había realizado algún intento previo. La cooximetría y la carboxihemoglobina presentaban

|                  | Edad       | Edad de inicio de consumo de tabaco | Índice Paquetes Año | Test de Fagerström |
|------------------|------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|
| N                | Válido 143 | 143                                 | 143                 | 143                |
|                  | Perdidos 0 | 0                                   | 0                   | 0                  |
| Media            | 56,32      | 16,55                               | 42,7360             | 6,71               |
| Mediana          | 56,00      | 16,00                               | 41,0000             | 7,00               |
| Moda             | 63         | 16                                  | 30,00               | 7                  |
| Desv. Desviación | 11,021     | 4,015                               | 18,53308            | 1,731              |
| Mínimo           | 27         | 9                                   | 8,25                | 2                  |
| Máximo           | 81         | 39                                  | 102,00              | 10                 |
| Percentiles      | 25         | 49,00                               | 14,00               | 30,0000            |
|                  | 50         | 56,00                               | 16,00               | 41,0000            |
|                  | 75         | 64,00                               | 18,00               | 55,5000            |

| Abstinencia |            |            |                   |                      |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
|             | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido No   | 112        | 78,3       | 78,3              | 78,3                 |
| Si          | 31         | 21,7       | 21,7              | 100,0                |
| Total       | 143        | 100,0      | 100,0             |                      |

\*Test estadístico Kruskal-Wallis

una mediana de 20 y 3 respectivamente. La motivación era de 8,06. Con una abstinencia total al año del 21,7%. La media de edad de inicio al consumo fue de 16,55 años. Con edades de inicio comprendidas entre los 9 años a los 39. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la abstinencia con el resto de variables de estudio.

**Conclusiones:** El análisis de las características sociodemográficas y antecedentes personales de los individuos que concurren a la consulta mostró una población de edad mayor (media de 56 años) y con un nivel de dependencia a la nicotina de moderado. Nuestros pacientes presentaron una mayor edad de inicio del tabaquismo, lo que difiere de los datos de la población general en nuestro país. La mayoría de nuestros pacientes habían comenzado a fumar entre los 16 a 18 años (40-50%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de inicio en el consumo y la tasa de abstinencia tabáquica.

#### 412. EFECTIVIDAD DE VARENICLINA FRENTE A TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA COMO TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

P. Fernández Martínez, T. Peña Miguel, M.J. Mora Simón, M. Sánchez Flores y L. Lázaro Asegurado

Servicio de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos, España.

**Introducción:** La vareniclina y la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) han demostrado ser fármacos de primera línea para el tratamiento del tabaquismo. El presente estudio compara, tras un año de seguimiento, la efectividad de ambas terapias siendo estas iniciadas durante la hospitalización de los pacientes y, además, describe sus características sociodemográficas, clínicas y grado de tabaquismo.

**Material y métodos:** Estudio experimental aleatorizado en dos grupos de tratamiento, vareniclina y TSN, analizado por intención de tratar. Participan fumadores activos hospitalizados a los que se les realiza seguimiento durante 1 año. Análisis descriptivo de las diferencias entre grupos con prueba de chi-cuadrado (Fisher) y U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyen 68 pacientes fumadores activos hospitalizados en planta de Neumología (75%) y de Cardiología (25%). Se asignan los tratamientos aleatoriamente a dos grupos con mismo número de pacientes (34) y con similares características, no encontrándose diferencias significativas entre ellas (fig.). La mayoría son varones (54,4%), con edad media de 54,6 años ( $\pm 10,45$ ) y mediana de edad de inicio de tabaquismo de 16 años (15-18). El grado de tabaquismo fue alto con mediana de índice años-paquete de 31 (20-40) y moderada dependencia nicotínica por puntuación en Test de Fagerström (mediana: 6 puntos; 5-7). La causa más frecuente de hospitalización fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (35,3%) seguido de cardiopatía isquémica (22,1%). La adherencia al tratamiento a las 12 semanas fue

Figura 1: Características del grupo tratado con Terapia sustitutiva con nicotina (TSN) frente al grupo tratado con vareniclina.

|                                        |                         | TSN (n=34) |             | VARENICLINA (n=34) |             | p-valor |
|----------------------------------------|-------------------------|------------|-------------|--------------------|-------------|---------|
|                                        |                         | n          | %           | n                  | %           |         |
| Servicio de hospitalización            | Neumología              | 26         | 76,5%       | 25                 | 73,5%       | 0,779   |
|                                        | Cardiología             | 8          | 23,5%       | 9                  | 26,5%       |         |
| Género                                 | Hombre                  | 17         | 50,0%       | 20                 | 58,8%       | 0,465   |
|                                        | Mujer                   | 17         | 50,0%       | 14                 | 41,2%       |         |
| Edad                                   | media $\pm$ desv.       | 55,82      | $\pm 10,29$ | 53,38              | $\pm 10,63$ | 0,339   |
| Edad a la que se inició el tratamiento | mediana (rango interc.) | 16,5       | (14; 19,25) | 16                 | (15; 18)    | 0,599   |
| IPA                                    | mediana (rango interc.) | 32,5       | (20; 41,25) | 30                 | (20; 40)    | 0,878   |
| Puntuación en test de Fagerström       | mediana (rango interc.) | 6          | (4; 7)      | 6                  | (5; 7)      | 0,141   |

Siglas. TSN: Terapia sustitutiva con nicotina; IPA: Índice paquetes-año; Desv.: Desviación estándar; Rango interc.: Rango intercuartilico.

adecuada en el 67,3% de los casos y la tolerancia fue muy buena con ausencia de efectos adversos a las 2 semanas en un 75,6% de los casos y a las 12 semanas en un 94,1%. Se pierden del estudio 22 pacientes (32,4%) y se producen 3 fallecimientos (4,4%). Finalmente, 29 pacientes (42,6%) abandonan el tabaco: 52,9% (18) de los tratados con TSN y 32,4% (11) del grupo de vareniclina, no encontrando diferencia significativa en cuanto a efectividad entre ellos ( $p = 0,386$ ).

**Conclusiones:** El fumador tipo de nuestro estudio presenta elevado grado de tabaquismo y moderada dependencia nicotínica. La adhesión al tratamiento es moderada, a lo que puede haber contribuido la no financiación de los fármacos en el momento del estudio. Ambas terapias son bien toleradas y no encontramos diferencias significativas en cuanto a su efectividad; sin embargo, la muestra es pequeña siendo necesarios estudios multicéntricos con mayor número de pacientes.

#### 627. ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO EN CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y OTROS NUEVOS PRODUCTOS DE CONSUMO DE NICOTINA EN EL PERSONAL SANITARIO

A. Baeza Ruiz

Hospital Nuestra señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

**Introducción:** En los últimos 20 años hemos visto el nacimiento de nuevos productos de consumo de nicotina, en forma de los cigarrillos electrónicos (e-cig), y otros productos de tabaco calentado (THP). Hasta ahora no se dispone de clara evidencia entre su posible papel en la cesación/reducción tabáquica o su perfil de seguridad, ni siquiera como método de reducción de daños. Todo esto lleva a preguntarse por el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de este nuevo entorno.

**Material y métodos:** Se realiza una encuesta online dirigida a personal de toda España, para responder entre los días 12 y 26 de agosto de 2019, en la que se pregunta acerca del conocimiento de estos nuevos productos, sus posibles daños, su uso clínico, el papel de la industria y la legislación actual española. Los datos se comparan entre los distintos grupos sanitarios, según los años de experiencia, y según la edad de los participantes.

**Resultados:** Se reciben un total de 266 respuestas a la encuesta, en su mayoría de mujeres (3/1), médicas (73,3%), con 11 años o más de experiencia (54,4%). Un 30,5% de los encuestados no conoce ningún tipo de e-cig, y el 62% considera que la industria tabaquera ejerce una actitud engañosa. El 44% piensa que estos productos pueden tener un determinado papel en la reducción del consumo, pero el 78,6% no se siente capacitado para utilizarlos como tratamiento ni informar sobre ello, debido mayormente al riesgo de cronificar el proceso de cesación (77,8%) y normalizar el consumo de nicotina en lugares libres de humo (62,8%). Los profesionales médicos conocen más dispositivos y los consideran más dañinos para la salud que el resto de profesionales. Por años de experiencia, aquellos con más de 10 años de experiencia consideran estos nuevos productos menos dañinos, y los de menos experiencia opinan que depende del dispositivo utilizado. De forma similar, los encuestados más jóvenes conocen más dispositivos y les asocian un mayor riesgo que los profesionales de más de 40 años.

**Conclusiones:** Se constata que una gran proporción de profesionales de la salud no tiene conocimientos suficientes en la materia, no se ven capacitados para informar ni aconsejar sobre ellos y tienen serias dudas acerca su papel terapéutico. Destaca, tanto en este estudio como de otros disponibles en la literatura, la imperativa necesidad de formar a todo el sector sanitario en este novedoso mundo de los e-cig y los THP, y no solo en el tabaquismo convencional.

**177. ¿ES MAYOR LA AUTOEFICACIA PARA DEJAR DE FUMAR SEGÚN QUIÉN ENVÍA A LOS PACIENTES A UNA CONSULTA DE TABAQUISMO? ¿ESTO AUMENTA LA ABSTINENCIA FINAL?**

J.I. de Granda Orive<sup>1</sup>, J.F. Pascual Lledó<sup>2</sup>, S. Asensio Sánchez<sup>2</sup>, S. Solano Reina<sup>3</sup>, M. García Rueda<sup>4</sup>, M.Á. Martínez Muñoz<sup>5</sup>, L. Lázaro Asegurado<sup>6</sup>, D. Buljubasich<sup>7</sup>, S. Luhning<sup>8</sup>, R. Pendino<sup>7</sup>, I. Cienfuegos Agustín<sup>1</sup> y C.A. Jiménez Ruiz<sup>9</sup>

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

**Objetivos:** comprobar si la autoeficacia (AE) para dejar de fumar es diferente según quien remita al fumador a la consulta de tratamiento del tabaquismo considerando tres orígenes de remisión (Procedencia): atención primaria (AP), desde otro especialista médico (OE) o por voluntad propia (VP) del paciente y evaluar si el grado de AE medida según quién envíe al paciente a la consulta tiene impacto en el resultado (éxito o fracaso en dejar de fumar)

**Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal (cohorte prospectiva), multicéntrico conducido en consultas para dejar de fumar de España y Argentina en la práctica clínica diaria. Las variables recogidas en este estudio fueron: Remitido por [categorizada como AP, OE o VP], sexo, edad y AE para dejar de fumar que fue estimada a partir de dos preguntas incluidas en cuestionarios de motivación para dejar de fumar: pregunta 4 del test de Richmond (R4) y la pregunta 3 del test de Khimji-Watts (KW3). El análisis estadístico incluyó modelos descriptivos, de asociación y de regresión.

**Resultados:** Fueron incluidos en el análisis 182 sujetos [90 mujeres (49,5%)], edad media global 51,4 años (11; 25-77)]. AP remitió 64 sujetos (35,2%), OE 82 sujetos (45%) y acudieron por VP 36 sujetos (19,8%). En la tabla 1 se puede observar la relación entre la procedencia de los sujetos y las variables de AE para la serie global y por sexos y en la que no se observó una asociación entre la AE medida con la

**Tabla 2. Significación estadística de las variables de "Autoeficacia" y de "Procedencia" en relación a su efecto sobre la variable "Resultado" en dejar de fumar, en los distintos modelos de riesgos proporcionales de Cox.**

|                  | Procedencia        |          | Variable de Autoeficacia                                                         |                  |
|------------------|--------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                  | AP vs VP           | OE vs VP | R4- ¿Cabe la posibilidad de ser NO fumador en los próximos 6 meses? Si vs Quizás | Def Si vs Quizás |
| <b>Modelo 1</b>  | 0,033              | 0,091    | 0,208                                                                            | 0,724            |
| OR AP vs VP      | 0,54 (0,30 - 0,95) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,85 (1,05 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |
| <b>Modelo 2</b>  | 0,034              | 0,055    | 0,232                                                                            | 0,752            |
| OR AP vs VP      | 0,54 (0,30 - 0,95) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,85 (1,05 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |
| <b>Modelo 3</b>  | 0,032              | 0,109    | 0,240                                                                            | 0,772            |
| OR AP vs VP      | 0,54 (0,30 - 0,95) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,85 (1,05 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |
| <b>Modelo 4</b>  | 0,033              | 0,064    | 0,278                                                                            | 0,807            |
| OR AP vs VP      | 0,53 (0,30 - 0,95) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,89 (1,05 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |
| <b>Modelo 5</b>  | 0,067              | 0,129    | 0,100                                                                            | 0,058            |
| <b>Modelo 6</b>  | 0,068              | 0,067    | 0,118                                                                            | 0,087            |
| <b>Modelo 7</b>  | 0,063              | 0,141    | 0,097                                                                            | 0,051            |
| <b>Modelo 8</b>  | 0,065              | 0,070    | 0,111                                                                            | 0,082            |
|                  |                    |          | <b>"Autoeficacia R4-KW3"</b>                                                     |                  |
| <b>Modelo 9</b>  | 0,025              | 0,116    |                                                                                  | 0,228            |
| OR AP vs VP      | 0,53 (0,30 - 0,92) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,89 (1,09 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |
| <b>Modelo 10</b> | 0,026              | 0,071    |                                                                                  | 0,287            |
| OR AP vs VP      | 0,53 (0,30 - 0,93) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,89 (1,07 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |
| <b>Modelo 11</b> | 0,024              | 0,130    |                                                                                  | 0,197            |
| OR AP vs VP      | 0,52 (0,30 - 0,92) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,92 (1,09 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |
| <b>Modelo 12</b> | 0,025              | 0,075    |                                                                                  | 0,260            |
| OR AP vs VP      | 0,53 (0,30 - 0,92) |          |                                                                                  |                  |
| OR VP vs AP      | 1,89 (1,09 - 3,3)  |          |                                                                                  |                  |

Variables incluidas en cada modelo:  
Modelo 1: R4 Remit. TabSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NCig NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 2: R4 Remit. VarSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NCig NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 3: R4 Remit. TabSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 4: R4 Remit. VarSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 5: KW3 Remit. TabSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NCig NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 6: KW3 Remit. VarSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NCig NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 7: KW3 Remit. TabSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 8: KW3 Remit. VarSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 9: Autoeficacia Remit. TabSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NCig NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 10: Autoeficacia Remit. VarSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NCig NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 11: Autoeficacia Remit. TabSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NInt TF HSI Atofoa.  
Modelo 12: Autoeficacia Remit. VarSC. Sexo Edad Niv Est. EdadIn NInt TF HSI Atofoa.

En todos los modelos, el tamaño muestral fue >=162 sujetos. En los modelos con variables con significación estadística se incluyó la estimación de la OR y su intervalo de confianza al 95% de dicha estimación. En todos los modelos, el resto de variables no mostradas en la tabla fueron estadísticamente no significativas en su relación con la variable "Resultado".  
AP: Atención Primaria. OE: Otras especialidades. VP: Voluntad propia. Def.Si: Definitivamente Si. R4: "R4. ¿Cabe la posibilidad de ser NO fumador en los próximos 6 meses?". KW3: "KW3. ¿Qué probabilidades de éxito se concedería usted si intentara dejarlo?". Autoeficacia: "Autoeficacia R4-KW3". Remit: "Remitido por". TabSC: Tratamiento 1. VarSC: Tratamiento 2. Niv Est: Nivel de consumo. EdadIn: Edad de inicio al consumo. NCig: Consumo de tabaco en número de cigarrillos. Atofoa: Consumo acumulado de tabaco (años). NInt: Número de intentos de abandonar. TF: Test de Fagerström de dependencia al cigarrillo. HSI: Test de dependencia. Hacia: Sexo. Sig: Sign. Estadística.

**Tabla 1. Relación entre la procedencia de los sujetos y las variables de autoeficacia para la serie global y por sexos.**

| Variables de autoeficacia                                                          | Procedencia        |           |           | Significación |       |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|-----------|---------------|-------|
|                                                                                    | AP                 | OE        | VP        |               |       |
| <b>R4- ¿Cabe la posibilidad de ser NO fumador en los próximos 6 meses?</b>         |                    |           |           |               |       |
| Serie global                                                                       | Quizás             | 11 (32,4) | 20 (58,8) | 3 (8,8)       | 0,215 |
|                                                                                    | Si                 | 31 (33,7) | 42 (45,7) | 19 (20,7)     |       |
|                                                                                    | Definitivamente Si | 22 (39,3) | 20 (35,7) | 14 (25,0)     |       |
| Varones                                                                            | Quizás             | 5 (27,8)  | 12 (66,7) | 1 (5,6)       | 0,159 |
|                                                                                    | Si                 | 18 (39,1) | 21 (45,7) | 7 (15,2)      |       |
|                                                                                    | Definitivamente Si | 7 (26,9)  | 11 (42,3) | 8 (30,8)      |       |
| Mujeres                                                                            | Quizás             | 6 (37,5)  | 8 (50,0)  | 2 (12,5)      | 0,306 |
|                                                                                    | Si                 | 13 (28,3) | 21 (45,7) | 12 (26,1)     |       |
|                                                                                    | Definitivamente Si | 15 (50,0) | 9 (30,0)  | 6 (20,0)      |       |
| <b>KW3- ¿Qué probabilidades de éxito se concedería usted si intentara dejarlo?</b> |                    |           |           |               |       |
| Serie global                                                                       | Dudosas            | 6 (28,6)  | 13 (61,9) | 2 (9,5)       | 0,032 |
|                                                                                    | Medias             | 30 (46,2) | 27 (41,5) | 8 (12,3)      |       |
|                                                                                    | Grandes            | 28 (29,2) | 42 (43,8) | 26 (27,1)     |       |
| Varones                                                                            | Dudosas            | 2 (20,0)  | 8 (80,0)  | 0 (0,0)       | 0,013 |
|                                                                                    | Medias             | 18 (50,0) | 14 (38,9) | 4 (11,1)      |       |
|                                                                                    | Grandes            | 10 (22,7) | 22 (50,0) | 12 (27,3)     |       |
| Mujeres                                                                            | Dudosas            | 4 (36,4)  | 5 (45,5)  | 2 (18,2)      | 0,733 |
|                                                                                    | Medias             | 12 (41,4) | 13 (44,8) | 4 (13,8)      |       |
|                                                                                    | Grandes            | 18 (34,6) | 20 (38,5) | 14 (26,9)     |       |

En cada casilla se indica el recuento y entre () el porcentaje. En cursiva se indican las casillas que contribuyen a la significación del estadístico  $\chi^2$ -cuadrado. AP: Atención primaria. OE: Otras especialidades. VP: Voluntad propia.

pregunta R4 y la procedencia del paciente. Al medir la AE con la pregunta KW3 se observa una asociación solo en los varones en los que acudir por VP incrementa la percepción de AE frente a los que acuden procedentes desde AP o desde OE. En la tabla 2 no se observa significación estadística (asociación) de las variables de AE y de procedencia en relación a su efecto sobre la variable Resultado en dejar de fumar, es decir, no hemos encontrado una mayor abstinencia final según la puntuación de AE y la procedencia del sujeto.

**Conclusiones:** Los varones que acuden a dejar de fumar por VP presentan puntuaciones más altas de AE (medidas con la pregunta del KW3) que aquellos que acuden enviados por AP y OE, no encontrando esta asociación en mujeres ni para hombres y mujeres con la pregunta de AF R4. No hemos encontrado una mayor abstinencia final según la puntuación de AE y la procedencia.

**190. ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES FUMADORES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO SEGÚN SEXO**

A.P. Arenas Polo<sup>1</sup>, C. Montaña Montaña<sup>1</sup>, C. Cabanillas Díez-Madroño<sup>1</sup>, C. de Dios Calama<sup>1</sup>, M.E. Ruíz Carretero<sup>1</sup>, M. Cebrián Romero<sup>1</sup>, Z.F. Donoso Correa<sup>1</sup>, C.P. Batres Erazo<sup>1</sup>, A. Nacarino Burgos<sup>2</sup> y J.A. Riesco Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España. <sup>2</sup>Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

**Introducción:** La evidencia científica demuestra que existen diferencias en la susceptibilidad al impacto de consumo de tabaco según sexo

se han publicado diferentes estudios que lo avalan. El objetivo del estudio fue analizar las diferencias asociadas al sexo de los pacientes (p.) que acuden a nuestra unidad especializada de tabaquismo (UET).

**Material y métodos:** Se realiza estudio retrospectivo a partir de las historias clínicas de p. remitidos a nuestra UET en el período de un año (octubre 2020-octubre 2021) e incluidos en nuestro protocolo asistencial de seguimiento. Se realiza estudio comparativo de los fumadores según sexo, analizando variables que incluyen aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y de eficacia. El estudio estadístico comparativo incluye chi cuadrado y t de Student y se realiza mediante programa XLSTAT de Excel.

**Resultados:** Del total de 199 p. incluidos, 68% son varones (V) y 32% mujeres (M). La edad media de los V es de  $58 \pm 11$  frente a los  $53 \pm 11$  de las M (p 0,001). No se observan diferencias estadísticamente significativas (DES) en cuanto al número (V 7/M 6; p 0,019) y tipo de consultas realizadas (presencial/telefónica; p 0,081) en ambos grupos. En cuanto a las comorbilidades (c.) existe DES en la presencia de c. psiquiátricas en M (p 0,000), predominio en V de HTA (p 0,029), dislipemia (DLM) (p 0,048) y cardiopatía isquémica (C.I.) (p 0,002). No se encuentran DES en DM, ICC, arritmias, EPOC, asma, AOS, EPID y otras. Respecto al diagnóstico, la mayoría de los p. consumen entre 10-20 c/d no encontrando DES entre V/M (p 0,462); sí hay DES en la historia de consumo (años de fumador e índice paquetes/año IAP) a favor del V (p 0,021). No se observan DES entre V/M con respecto al número de intentos previos, Fagerström, cooximetría, recompensa, intentos y tratamientos previos. El éxito del tratamiento fue superior en V (31%) frente a M (14%) aunque sin DES. No se observan DES en las recaídas ni en el tiempo de seguimiento.

**Conclusiones:** Los p. que acuden a nuestra UET son predominantemente V de edad media superior a las M. La c. psiquiátrica es mayor en M, y en V predomina HTA, DLM y C.I. La historia de consumo y el IAP es mayor en V, aunque no existe DES en el consumo actual, que es de 10-20 c/d para ambos grupos. La dependencia nicotínica, grado de tabaquismo, intentos previos y tratamiento recibido es similar para ambos sexos. La eficacia del tratamiento es ligeramente superior (y no significativa) en V; no observando DES en las recaídas entre ambos grupos.

#### 554. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO ENTRE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

L. Fernández Presa<sup>1</sup>, A. Ballester Ferriz<sup>1</sup> y J. Signes-Costa Miñana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA, Valencia, España.

**Introducción:** La epidemia de tabaquismo supone una de las mayores amenazas para la salud pública. Los profesionales sanitarios son un ejemplo para el resto de la sociedad en temas de salud por lo que deberían estar concienciados con los efectos nocivos del tabaco y tener una baja prevalencia de tabaquismo.

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de tabaquismo entre el personal sanitario de un hospital universitario de tercer nivel y analizar diferencias según el grupo laboral.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo durante la primera quincena de enero de 2022 entre los diferentes grupos de trabajadores del hospital: celadores, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos adjuntos y médicos residentes. Para ello se repartieron por todo el hospital encuestas autoadministradas que recogían datos sociodemográficos, laborales y relacionados con el hábito tabáquico. Las variables se compararon mediante la t-Student o el test chi cuadrado según fuesen variables continuas o categóricas y los resultados se expresaron como media  $\pm$  DE o porcentaje respectivamente.

**Resultados:** Se analizaron un total de 348 encuestas, siendo el 68,67% mujeres (n = 239). En cuanto al grupo laboral, la tasa de respuestas

| Grupo laboral               | M. adjuntos    | M. residentes    | Enfermería      | Auxiliares      | Celadores       | Global                            |
|-----------------------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|
| Tasa de respuesta           | 8,92% (68/762) | 35,71% (125/350) | 10,15% (74/729) | 10,06% (48/477) | 19,87% (33/166) | 348 + 5 no válidas                |
| Varones                     | 41,2% (n=28)   | 34,4% (n=43)     | 24,3% (n=18)    | 14,6% (n=7)     | 36,4% (n=12)    | 31,32% (n=109)                    |
| Mujeres                     | 58,8% (n=40)   | 65,6% (n=82)     | 75,7% (n=56)    | 85,4% (n=41)    | 63,6% (n=21)    | 68,67% (n=239)                    |
| Edad 18-30                  | 4,4% (n=3)     | 9,6% (n=120)     | 35,1% (n=26)    | 20,8% (n=10)    | 12,1% (n=4)     | 46,8% (n=163)                     |
| 31-40                       | 45,6% (n=31)   | 3,2% (n=4)       | 20,30% (n=15)   | 16,70% (n=8)    | 27,3% (n=9)     | 19,3% (n=67)                      |
| 41-50                       | 13,2% (n=9)    | 0,8% (n=1)       | 21,6% (n=16)    | 18,8% (n=9)     | 18,2% (n=6)     | 11,8% (n=41)                      |
| 51-60                       | 27,9% (n=19)   | 1,6% (n=2)       | 21,60% (n=16)   | 32,3% (n=15)    | 27,3% (n=9)     | 17% (n=59)                        |
| >60                         | 6 (8,8%)       | 0                | 1,4% (n=1)      | 12,5% (n=6)     | 15,2% (n=5)     | 5,2% (n=18)                       |
| Fumadores                   | 10,3% (n=7)    | 5,6% (n=7)       | 20,5% (n=15)    | 29,2% (n=14)    | 54,5% (n=18)    | 17,6% (n=61)                      |
| Exfumadores                 | 26,22% (n=16)  | 11,47% (n=7)     | 24,59% (n=15)   | 26,22% (n=16)   | 11,47% (n=7)    | 17,52% (n=61)                     |
| Nunca fumadores             | 20% (n=45)     | 49,33% (n=11)    | 19,55% (n=44)   | 8% (n=8)        | 3,55% (n=8)     | 64,64% (n=225)                    |
| Fuma horario laboral SI     | 71,4% (n=5)    | 57,1% (n=4)      | 78,6% (n=11)    | 84,6% (n=11)    | 83,3% (n=15)    | 78% (n=46)                        |
| NO                          | 28,6% (n=2)    | 42,9% (n=3)      | 21,4% (n=3)     | 15,4% (n=2)     | 16,7% (n=3)     | 22% (n=13)<br>No contesta n=2     |
| Ha intentado dejarlo SI     | 85,7% (n=6)    | 57,1% (n=4)      | 85,7% (n=12)    | 84,6% (n=11)    | 55,6% (n=10)    | 72,9% (n=43)                      |
| NO                          | 14,3% (n=1)    | 42,9% (n=3)      | 14,3% (n=2)     | 15,4% (n=2)     | 44,4% (n=8)     | 27,1% (n=16)<br>No contesta n=2   |
| Método deshabituación:      |                |                  |                 |                 |                 |                                   |
| -TSN                        | 14,28% (n=1)   | 25% (n=1)        | 23,07% (n=3)    | 9,09% (n=1)     | 0% (n=0)        | 12,76% (n=6)                      |
| -Vareniclina                | 28,57% (n=2)   | 0% (n=0)         | 7,69% (n=1)     | 27,27% (n=3)    | 25% (n=3)       | 19,15% (n=9)                      |
| -Bupropion                  | 14,28% (n=1)   | 0% (n=0)         | 0% (n=0)        | 0% (n=0)        | 0% (n=0)        | 2,13% (n=1)                       |
| -Citisina                   | 0% (n=0)       | 0% (n=0)         | 0% (n=0)        | 0% (n=0)        | 0% (n=0)        | 0% (n=0)                          |
| -Sin apoyo                  | 42,86% (n=3)   | 50% (n=2)        | 61,53% (n=8)    | 63,63% (n=7)    | 66,66% (n=8)    | 59,57% (n=28)                     |
| -Otros                      | 0% (n=0)       | 25% (n=1)        | 7,69% (n=1)     | 0% (n=0)        | 8,33% (n=1)     | 6,36% (n=3)<br>No contesta (n=14) |
| Puntuac. T. Fagerstrom:     |                |                  |                 |                 |                 |                                   |
| - Dependencia baja $\leq 4$ | 100% (n=7)     | 100% (n=7)       | 64,3% (n=9)     | 61,6% (n=8)     | 50% (n=9)       | 67,8% (n=40)                      |
| - D. moderada 5-6           | 0% (n=0)       | 0% (n=0)         | 35,7% (n=5)     | 38,4% (n=5)     | 38,9% (n=7)     | 28,8% (n=17)                      |
| - D. alta $\geq 7$          | 0% (n=0)       | 0% (n=0)         | 0% (n=0)        | 0% (n=0)        | 11,2% (n=2)     | 3,4% (n=2)<br>No contestan (n=2)  |

entre médicos adjuntos fue del 8,92%, de médicos residentes el 35,71%, de enfermería el 10,15%, de auxiliares el 10,06% y de celadores el 19,87%. El 46,8% (n = 163) de los encuestados se encontraba en la franja de edad entre 18 y 30 años. El porcentaje de fumadores en global fue del 17,6% (n = 61) y según el grupo laboral fue: 10,3% (n = 7) médicos adjuntos, 5,6% (n = 7) médicos residentes, 20,5% (n = 15) enfermeros/as, 29,2% (n = 14) auxiliares y 54,5% (n = 18) celadores. Respecto al consumo, el 46,7% (n = 28) de los fumadores consumía menos de 10 cigarrillos diarios y el 78% (n = 46) lo hacían durante el horario laboral. El 72,9% (n = 43) de los fumadores había intentado dejarlo al menos en una ocasión, mayoritariamente sin ningún tipo de apoyo (59,57%, n = 28). En cuanto al test de Fagerström el 67,8% (n = 40) de los fumadores tenía una dependencia leve, el 28,8% (n = 17) moderada y el 3,4% (n = 2) una dependencia alta.

**Conclusiones:** Los trabajadores encuestados tienen una tasa de tabaquismo similar a la población general española, sin embargo, existen diferencias significativas en función del grupo laboral. Es reseñable que, siendo los hospitales espacios libres de humo, una gran proporción de trabajadores fume durante el horario laboral.

#### 466. ESTUDIO DIFERENCIAL DE TABAQUISMO SEGÚN SEXO EN LOS MIR DE NUESTRO ÁREA

C. de Dios Calama<sup>1</sup>, M. Ruiz Carretero<sup>1</sup>,  
C. Cabanillas Díez-Madroño<sup>1</sup>, C. Montaña Montaña<sup>1</sup>,  
A.P. Arenas Polo<sup>1</sup>, M. Cebrián Romero<sup>1</sup>, J.A. Riesco Miranda<sup>1</sup>,  
A. Nacarino Burgos<sup>2</sup>, Z.F. Donoso Correa<sup>1</sup> y C.P. Batres Erazo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

<sup>2</sup>Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

**Introducción:** Existe evidencia científica que aporta datos diferenciales en la actitud y el consumo de tabaco según el género en la población general. En los últimos años se está observando un incremento de la incorporación de la mujer a la profesión sanitaria y además los estudios epidemiológicos demuestran una mayor prevalencia de tabaquismo en la mujer en edades jóvenes. El objetivo de nuestro trabajo es valorar si existen diferencias en cuanto a prevalencia, tipo de consumo y actitudes con respecto al tabaquismo entre los MIR de nuestra área de salud.

**Material y métodos:** Se realiza mediante una encuesta epidemiológica online anónima y autoadministrada entre los MIR de nuestra área durante una semana de diciembre de 2021. Se recogen 12 variables que analizan aspectos epidemiológicos, clínicos y de actitud ante el



### ¿Quieres dejar de fumar?:

|               | NO | SI | NO PLANTEADO | Total |
|---------------|----|----|--------------|-------|
| <b>Hombre</b> | 1  | 3  | 3            | 7     |
| <b>Mujer</b>  | 1  | 6  | 1            | 8     |
| <b>Total</b>  | 2  | 9  | 4            | 15    |

tabaquismo. Se analiza la base de datos obtenida y se realiza un estudio estadístico mediante programa informático SPSS.

**Resultados:** Del total de respuestas obtenidas (94/53%), 67 corresponden a mujeres (M) (71%) y 27 son varones (V) (29%). La edad media es de 28 años (sin diferencias en ambos grupos). No hay diferencias en la distribución por año de Residencia R1/2 (V: 52%/M: 40%) R3/4: (V: 44%/M: 59%) (p 0,406). Se objetiva un claro predominio de los MIR de especialidades médicas (80% del total) con un predominio de mujeres en este grupo (M: 64%/V: 36%). La prevalencia global de tabaquismo en los MIR es del 16%. En el estudio según sexos, destacamos los siguientes resultados: 1. No encontramos diferencia ni en la prevalencia de fumadores (V: 26%/M: 12%) (p 0,094) ni en la distribución según hábito (F/EF/NF) (p 0,186) (tabla). 2. No existen diferencias ni en el consumo diario (< 10 c/d) ni en el tipo de consumo predominante. 3. La actitud ante el abandono es similar y no encontramos diferencias en ambos grupos (tabla). 4. La influencia de la condición de profesional sanitario es la misma para los dos sexos.

**Conclusiones:** 1. La prevalencia de tabaquismo en los MIR de nuestro área es superior en varones aunque sin encontrar diferencia estadística en la muestra analizada. 2. No hay diferencias según sexo de los MIR en cuanto a cantidad de consumo de tabaco ni a consumo de otras formas de tabaco ni en las actitudes ante el tabaquismo (abandono e influencia de la condición de profesional sanitario).

### 372. ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA Y EL PERFIL DEL TABAQUISMO ENTRE LOS MIR DE NUESTRO ÁREA

M.E. Ruiz Carretero<sup>1</sup>, C. de Dios Calama<sup>1</sup>, C. Montaña Montaña<sup>1</sup>, C. Cabanillas Díez-Madroño<sup>1</sup>, A.P. Arenas Polo<sup>1</sup>, M. Cebrían Romero<sup>1</sup>, J.A. Riesco Miranda<sup>1</sup> y A. Nacarino Burgos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

<sup>2</sup>Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

**Introducción:** La actitud del profesional sanitario ante las conductas de salud tiene un claro impacto en el comportamiento de la población general respecto a determinados hábitos. El MIR es el profesional sa-

nitario joven de nuestro país, y por tanto su actitud ante el tabaquismo puede ser clave. Los objetivos de nuestro trabajo son estudiar la prevalencia de tabaquismo en la población MIR de nuestra área de salud y hacer estudio descriptivo del perfil de fumador en ese grupo.

**Material y métodos:** Durante una semana del mes de diciembre se realiza encuesta epidemiológica online anónima y autoadministrada entre todos los MIR de nuestro área. Se incluyen un total de 12 variables que analizan aspectos epidemiológicos, clínicos y de actitud ante el tabaquismo. Todas las respuestas obtenidas son codificadas en una base de datos elaborada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante programa informático SPSS.

**Resultados:** Se envían un total de 178 encuestas obteniendo un total de 94, lo que corresponde a un porcentaje de respuesta del 52,8. El 5% de los encuestados corresponde a exfumadores y el 74% a nunca fumadores; siendo la prevalencia de tabaquismo activo del 16% y la edad media de los mismos de 27,3 ± 1,4 con un ligero predominio de varones (53%) frente a mujeres (47%). No observamos grandes diferencias en la prevalencia según año de residencia, pero sí hay un ligero predominio en los MIR de primer y segundo año (27%) frente a los MIR de los últimos años. El 87% de los fumadores activos pertenecen al MIR de área médica frente al 13% restante de otras áreas. El 67% fuma menos de 10 cigarrillos al día, el 20% entre 10 y 20 y el 13% no responde a este ítem. El 20% ha consumido o consume marihuana y el 33% también consume otro tipo de tabaco (pipa de agua, cigarrillos electrónicos y otros dispositivos). En cuanto al abandono, el 60% sí quiere dejar de fumar, y el 40% o no quiere o no se lo ha planteado. Llama la atención que el 20% de los MIR fumadores no considera que su condición de profesional sanitario deba influir sobre su actitud ante el tabaquismo.

**Conclusiones:** La prevalencia de tabaquismo en la población MIR de nuestra área es del 16%. El perfil de fumador corresponde a un varón de 27 años, en primer o segundo año de residencia, que fuma entre 10 y 20 cigarrillos al día, ha consumido marihuana o algún otro tipo de tabaco no convencional y quiere dejar de fumar. 1 de cada 5 fumadores considera que su condición de profesional sanitario no influye en su actitud ante el tabaquismo.

### 533. EVOLUCIÓN DE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE OSONA (BARCELONA) EN LOS ÚLTIMOS AÑOS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

C. Muñoz Pindado<sup>1</sup>, G. Vilardell Rifà<sup>2</sup>, J. Muñoz Méndez<sup>3</sup> y C. Muñoz Pindado<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria de Manlleu, Institut Català de la Salut, Manlleu, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria de Centellas, EBA Centellas, Centellas, Barcelona, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>4</sup>Servicio de Geriátrica, Hospital San Jorge, Huesca, España.

**Introducción:** El entorno sociocultural influye en el tabaquismo juvenil, actualmente parece que su prevalencia ha disminuido.

**Objetivos:** Determinar prevalencia de tabaquismo en estudiantes de la Comarca de Osona (Barcelona) (CO), factores asociados al inicio y detectar diferencias con estudios previos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal en estudiantes de 3º Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y 2º Bachillerato (B) de CO en marzo/2019 (metodología desarrollada en trabajos previos). Mediante encuesta anónima, voluntaria y autoadministrada a través de plataforma online EUSurvey, recogiendo datos antropométricos (género, edad, peso y talla) y sociodemográficos (lugar residencia, confesionalidad, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias; tabaquismo y patologías en núcleo familiar; estudios de progenitores). Se comparó con trabajos previos del año 2016. Estudio estadístico con SPSS23.

**Resultados:** Se incluyeron 785 válidas (53,60% mujeres (M)), edad media  $15,31 \pm 1,64$ , IMC  $20,80 \pm 3,52$  y residencia rural 73,4%. Tenían alguna patología 6,5% y 44,8% algún familiar enfermo. Son cristianos 42,9%, musulmanes 16,6%, otras confesionalidades 34,8% y aconfesionales 1,3%. Nivel de estudios paterno: primarios (P) 22,2%, medios (Me) 44,6% y superiores (S) 31,1%; y materno: P 17,1%, Me 40,4%, S 40,5%. El 67,8% de la muestra tienen amigos fumadores, padre fumador 26,4%, madre fumadora 20,6%, hermano fumador 15,2%, y 74% tienen algún familiar fumador. Fuman 12,8% de la muestra (74% M): 10,62% en 3° ESO y 20,61% en 2°B. Del total muestral consumen alcohol 40,4% (58,04%M) y otras sustancias 24,2% (60%M). Entre los fumadores se detecta que el 98% tiene amigos fumadores, 85% familiares fumadores y 35% tienen hermano fumador. El 75% reconocen influencia de los amigos en su inicio; y 4% de familiares. El 92% de fumadores consumen alcohol y 64% otras sustancias; desean abandonar el tabaco el 5,96% (84,61% M). Se encontró relación entre fumar con: ser mujer, consumir alcohol y otras sustancias, tabaquismo de amigos y hermanos. Respecto 2016 su prevalencia ha disminuido (22,6%); a diferencia de dicho estudio, no se ha demostrado relación entre ser fumador con tener madre fumadora, nivel estudios de progenitores o confesionalidad.

**Conclusiones:** La prevalencia de tabaquismo en estudiantes en CO ha disminuido, pero aun es elevada. Fumar se relacionó con género femenino, consumir alcohol y otras sustancias; tabaquismo de amigos y hermanos. Se deben implantar programas preventivos para estudiantes, progenitores y docentes.

## 269. EXPERIENCIA ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ALTA COMPLEJIDAD DE TABAQUISMO

M.I. Cristóbal Fernández<sup>1</sup>, J.F. Pascual Lledó<sup>2</sup>, A.M. Cicero Guerrero<sup>1</sup>, C. Villar Lafuna<sup>1</sup> y C.A. Jiménez Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Especializada en Tabaquismo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital de Alicante, Alicante, España.

**Introducción:** Presentar la experiencia asistencial de una Unidad Multidisciplinar de Alta Complejidad de Tabaquismo, acreditada por SEPAR.

**Objetivos:** Describir las características de una amplia muestra de pacientes atendidos en una consulta especializada de esas características desde 2003 a 2021.

**Material y métodos:** Se recogieron las siguientes variables procedentes de un total de 7.385 sujetos que fueron atendidos en la Unidad; edad, sexo, test de Fagerström, test de recompensa, test de autoeficacia, tipo de tratamiento recibido y resultados del mismo.

**Resultados:** Se incluyen 7385 sujetos, 3518 varones (47,6%), con una edad media de 49,8 (11,4) años (rango 15-88). La relación entre el porcentaje de varones y mujeres atendidos en cada año se mantuvo constante a lo largo de todo el periodo. El 81,2% de los sujetos fuma su primer cigarrillo antes de los 30 min tras levantarse, sin diferencias entre sexos. El porcentaje de varones que fuma por alto grado de dependencia es un 3,8% (1,0) (IC95% 1,8 a 5,8) superior al porcentaje de mujeres. La mayoría de los sujetos fuman por recompensa negativa (64%), sin diferencias entre sexos. El tratamiento más frecuente administrado fue el vareniclina (52,8%), seguido de la TSN (30%) y del bupropion (10%). Hubo diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de los distintos tipos de tratamiento entre varones y mujeres. Así, hubo más mujeres que recibieron TSN y bupropion y más varones que recibieron vareniclina. El éxito en dejar de fumar para todo el periodo considerado globalmente fue del 62,3%. (63,9% en hombres y 60,8% en mujeres).

**Conclusiones:** a) El porcentaje de varones y mujeres atendido cada año fue similar, b) más de 4/5 de los sujetos fuman su primer cigarrillo antes de los 30 min tras levantarse, c) más fumadores fuman por

recompensa negativa, d) vareniclina fue el tratamiento mas utilizado y e) el 62,3% de los sujetos tuvo éxito en la abstinencia.

## 396. EXPERIENCIA INICIAL DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA PARA LA ASISTENCIA AL TABAQUISMO EN UN ÁREA SANITARIA

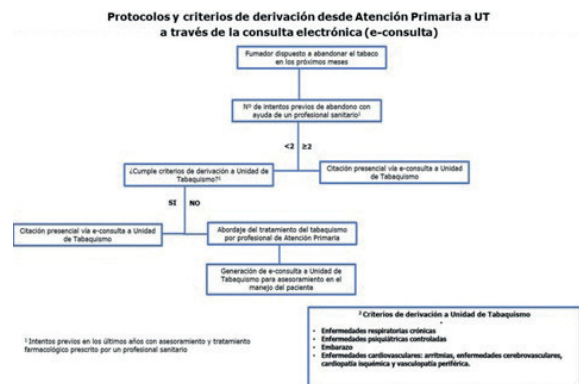
L. Fernández González-Cuevas, C. Rábade Castedo, C. Zamarrón Sanz, E. Canosa Santos, R. Abelleira Paris, N. Rodríguez Núñez, M.E. Toubes Navarro, J.M. Álvarez Dobaño y L. Valdés Cuadrado

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

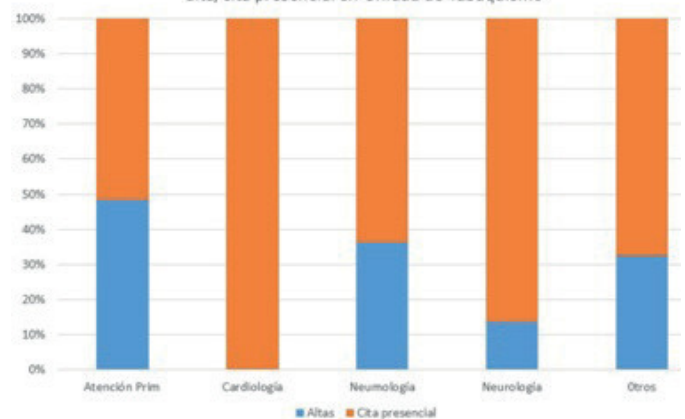
**Introducción:** El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica que requiere asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico recayendo dicha atención en los centros de salud y en las Unidades de Tabaquismo de los hospitales. Nuevas herramientas tecnológicas como la consulta electrónica podrían implicar a más profesionales sanitarios además de ser un modo de asesoramiento para Atención Primaria en el abordaje al fumador mejorando la calidad asistencial y priorizar a aquellos pacientes que requieren un manejo más específico. En 2020 se incorporó a nuestra Unidad de Tabaquismo dicha prestación complementando la intervención individualizada y telefónica. El objetivo de este estudio es analizar el porcentaje de resolución de este tipo de consultas enviadas desde Atención Primaria y Especializada.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo y retrospectivo de las consultas electrónicas realizadas en los años 2020 y 2021 por la Unidad de Tabaquismo procedentes de los servicios hospitalarios y Atención Primaria.

**Resultados:** Se realizaron 276 consultas electrónicas entre los años 2020 y 2021. Los principales lugares de procedencia fueron Atención Primaria (88) Cardiología (76), Neumología (64) y Neurología (36).



Porcentaje de resolución de e-consultas por especialidad. Relación alta/cita presencial en Unidad de Tabaquismo





Los pacientes presentaban una edad media de  $52 \pm 9,5$ , un consumo actual de  $12,5 \pm 2,3$  y puntuación media de dependencia nicotínica (FTND):  $4,5 \pm 1,9$ . De ellas, en 179 (65%) se remitía al paciente a la Unidad de Tabaquismo para comenzar una intervención individualizada. En el 35% restante (97) se ofrecía un asesoramiento e instrucciones para un mejor manejo del fumador sin necesidad de cita presencial. En el 48% (43) de las consultas electrónicas enviadas por profesionales de Atención Primaria se realizaba asesoramiento por la Unidad de Tabaquismo o resolución de dudas no cumpliendo criterios de derivación a dicha unidad. No obstante, solo el 25% de las consultas generadas por Atención Especializada se resolvían sin requerir consulta presencial en la Unidad de Tabaquismo.

**Conclusiones:** La consulta electrónica puede ser una herramienta útil de apoyo en el abordaje del tabaquismo a otros profesionales sanitarios, especialmente en Atención Primaria.

### 63. FIABILIDAD DEL TABAQUISMO REFERIDO POR LOS PACIENTES INGRESADOS POR EPOC

M. Galán Negrillo, J. Grau Delgado, L. Zamora Molina, I. Padilla Navas y E. García Pachón

Hospital General Universitario de Elche, Elche, España.

**Introducción:** Es importante conocer si los pacientes que ingresan por EPOC siguen fumando para poder detectar un probable factor agravante de la enfermedad y ofrecer un tratamiento. No obstante, en estudios en pacientes tanto ingresados por cualquier motivo como en pacientes EPOC ambulatorios se ha descrito que entre el 19 y el 37% de los pacientes fumadores activos no reconocían continuar fumando. El objetivo del estudio fue evaluar la frecuencia de pacientes ingresados por agudización de EPOC que referían no ser fumadores activos, pero tenían valores de carboxihemoglobina (COHb) en el rango descrito en fumadores.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo que incluía 115 pacientes consecutivos hospitalizados por agudización de EPOC, todos con historia de exposición al tabaco. El tabaquismo (actual, previo y su cuantificación) se recogía en la anamnesis sistemática al ingreso. Se compararon los resultados de la historia clínica con los niveles de COHb obtenidos en la gasometría al ingreso. Se consideraron valores compatibles con no exposición al tabaco los inferiores al 2% de COHb.

**Resultados:** De los 115 pacientes, 73 (63%) se declararon no fumadores y 42 (37%) reconocieron que continuaban fumando. Los valores promedio  $\pm$  DE de COHb en porcentaje fueron de  $1,4 \pm 0,4$  en no fumadores y  $2,7 \pm 1,5$  en fumadores ( $p < 0,001$ ). Nueve de los 73 pacientes (12%) que referían no continuar fumado presentaban niveles de COHb superiores al 2%, sin que en la anamnesis se hubiera detectado otra exposición potencial al monóxido de carbono.

**Conclusiones:** Una proporción significativa de pacientes que ingresan por agudización de EPOC pueden continuar fumando y no reconocerlo en la anamnesis. Esta proporción es menor a la descrita en otras situaciones clínicas. El hallazgo de niveles elevados de COHb, descartadas otras causas que los puedan producir, podría permitir detectar pacientes que continúan fumando y ofrecerles un tratamiento adecuado.

### 37. FUMADOR Y SARS-COV-2: DOBLE RIESGO

S.A. Juarros Martínez, M.I. Muñoz Diez, R. Castrodeza Sanz, S. Jaurrieta Largo, M. Berver Blanco, E. Solís García, E. Rodríguez Flórez, C. Rodríguez Dupuy y M.L. del Río Sola

Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

**Introducción:** La exposición al humo del tabaco es un factor de riesgo para infección/severidad por SARS-CoV-2. Sin embargo hay estu-

dios que difunden informaciones contradictorias y podrían inducir al consumo de tabaco. Desconocemos las creencias de la población respecto a la influencia de la exposición al humo del tabaco en el desarrollo de dicha infección. Nuestro objetivo ha sido explorar estas creencias especialmente en la población más expuesta a este riesgo: los fumadores.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, poblacional (formulario Google) a personas encuestadas espontáneamente con motivo de las actividades conmemorativas del día mundial sin tabaco 2021. Variables demográficas (género, edad), declaración de haber padecido una infección SARS-CoV-2 (con/sin ingreso), creencia sobre la influencia del humo del tabaco en el origen o gravedad de una infección SARS-CoV-2, estado de tabaquismo, intensidad de consumo (índice años-paquete-IAP), en fumadores etapa de cambio y posibilidad de abandono por miedo a infección SARS-CoV-2. Análisis comparativo de variables cualitativas, cuantitativas y regresión multivariante. Sign estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 441 encuestados: edad media 44,5 años (DE 12,2). 71,9% mujeres. El 19,3% declaró haber padecido infección SARS-CoV-2 y el 0,7% ingreso por COVID-19. Según tabaquismo: 34,2% no fumadores, 12,2% pasivos, 34,5% exfumadores y 19% activos. El 13,8% de los encuestados respondió creer que el humo del tabaco no favorece ni agrava una infección SARS-CoV-2 (predominantemente fumadores, tabla 1). Un 2% de exfumadores lo había dejado por miedo a infección SARS-CoV-2. En fumadores la mediana de IAP: 9,6 (3,1-19,9). Por severidad del tabaquismo: 36% leves, 36% moderados, 13,6% graves y 14,4% muy graves. Según etapa de cambio: 15,5% precontempladores, 39,3% contempladores y el 45,2% preparados para un intento de abandono. El 78,9% de los fumadores no abandonaría el tabaco por miedo a esta infección ( $p 0,077$ ) (características en tabla 2). Respecto al género, edad, infección SARS-CoV-2 o ingreso COVID-19, ser fumador

| Toda la muestra (tabla 1) | El humo del tabaco no favorece ni agrava la infección SARS-CoV2 | P     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|
| Diferencia de edad (años) | 0,3 (IC95: -3,6 a 3)                                            | 0,868 |
| Hombres                   | 12,0%                                                           | 0,073 |
| Mujeres                   | 18,5%                                                           |       |
| Infectados por SARS-CoV2  | 14,1%                                                           | 0,932 |
| Ingresados por COVID-19   | 33,3%                                                           | 0,326 |
| No fumadores              | 9,3%                                                            | 0,001 |
| Fumadores pasivos         | 9,3%                                                            |       |
| Exfumadores               | 12,5%                                                           |       |
| Fumadores                 | 27,4%                                                           |       |

| Fumadores (tabla 2)       | El humo del tabaco no favorece ni agrava la infección SARS-CoV2 | p     | No abandonaría el tabaco por miedo a una infección SARS-CoV2 | p     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------|-------|
| Diferencia de edad (años) | 3,8 (IC95: -9,2 a 1,6)                                          | 0,167 | 0,3 (IC95: -5,9 a 6,5)                                       | 0,927 |
| Hombres                   | 31,8%                                                           | 0,587 | 75,0%                                                        | 0,617 |
| Mujeres                   | 25,8%                                                           |       | 80,4%                                                        |       |
| Infectados por SARS-CoV2  | 33,3%                                                           | 0,568 | 77,0%                                                        | 0,352 |
| Ingresados por COVID-19   | 100,0%                                                          | 0,101 |                                                              |       |
| Tabaquismo leve           | 20,8%                                                           | 0,337 | 68,4%                                                        | 0,522 |
| Tabaquismo moderado       | 32,4%                                                           |       | 79,3%                                                        |       |
| Tabaquismo severo         | 14,3%                                                           |       | 84,6%                                                        |       |
| Tabaquismo muy severo     | 41,7%                                                           |       | 90,0%                                                        |       |
| Precontempladores         | 46,2%                                                           | 0,256 |                                                              | 0,250 |
| Contempladores            | 24,2%                                                           |       | 84,8%                                                        |       |
| Preparados                | 23,7%                                                           |       | 73,7%                                                        |       |

| No creer que humo de tabaco favorece ni agrava una infección por SARS-CoV2 |      |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------|------|-------------|-------|
| Resultado análisis multivariante (tabla 3).                                |      |             |       |
| Variabes                                                                   | OR   | IC95%       | p     |
| Edad                                                                       | 0    |             | 1,000 |
| Mujer                                                                      | 1,8  | 0,99 - 3,24 | 0,052 |
| Infección SARS-CoV2                                                        | 1    | 0,49 - 2,10 | 0,978 |
| Ingreso COVID19                                                            | 0,38 | 0,03 - 5,89 | 0,489 |
| Fumador                                                                    | 0,3  | 0,16 - 0,55 | 0,000 |

ha resultado un predictor independiente para creer que el humo del tabaco no favorece ni agrava una infección SARS-CoV-2 (tabla 3).

**Conclusiones:** En nuestra encuesta, los fumadores estarían expuestos a un doble riesgo respecto a la infección SARS-CoV-2: por el humo del tabaco que consumen y por la creencia de que no es perjudicial lo que no les motivaría a su abandono. Serían necesarias campañas de concienciación dirigidas a ellos para cambiar esta falsa creencia.

#### 451. HALLAZGOS FUNCIONALES Y RADIOLÓGICOS ASOCIADOS AL TABAQUISMO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

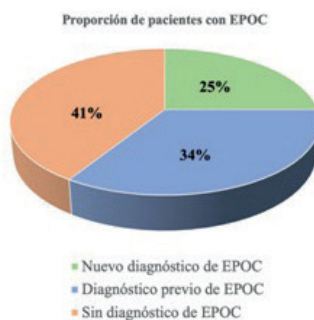
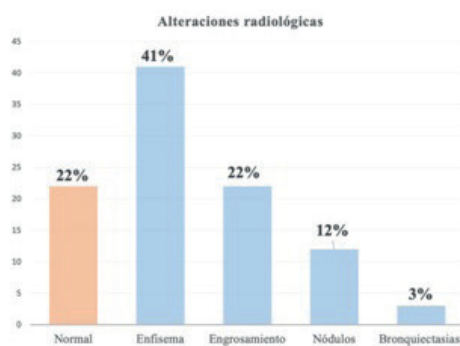
J.M. Eiros Bachiller, E. García Castillo, E. Martínez Besteiro, T. Alonso Pérez, P. Pérez Pérez, J. Soriano Ortiz y J. Ancochea Bermúdez

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

**Introducción:** El tabaco es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades pulmonares. Las pruebas de función respiratoria evalúan las alteraciones funcionales respiratorias y la tomografía computarizada (TC) valora la extensión, distribución y gravedad de las enfermedades pulmonares, con una mayor precisión que la radiografía de tórax convencional. El objetivo del presente estudio ha sido describir los hallazgos espirométricos y radiológicos de una cohorte de pacientes fumadores y exfumadores de la comunidad de Madrid.

**Material y métodos:** Los datos se han obtenido del estudio observacional transversal EPISCAN II realizado a nivel nacional entre abril del 2017 y febrero del 2019. Se seleccionaron únicamente los participantes fumadores y exfumadores reclutados en el Hospital de la Princesa (Madrid) que tuvieran realizados espirometría, difusión y TC de tórax como parte del estudio. Se realizó un análisis descriptivo de las principales características sociodemográficas, parámetros funcionales y alteraciones radiológicas halladas. Los datos se presentan como media  $\pm$  DE para las variables continuas o porcentajes para las variables cualitativas.

**Resultados:** De un total de 363 participantes fumadores y exfumadores que participaron en el estudio EPISCAN II en la comunidad de Madrid, se incluyeron 62 participantes fumadores y ex fumadores con las pruebas anteriormente mencionadas. Entre los resultados obtenidos, destacó que 16 participantes (25%) fueron diagnosticados de



EPOC con un cociente fijo posbroncodilatador FEV1/FVC < 0,7. Asimismo, se detectaron alteraciones en la difusión en 15 participantes (24%). Respecto a los hallazgos radiológicos, solo 14 participantes (22%) presentaron un TC sin alteraciones radiológicas y 48 participantes (77%) presentaron alteraciones radiológicas. En la figura se muestran las principales alteraciones objetivadas y la proporción de participantes con EPOC.

**Conclusiones:** Un 25% de los participantes de nuestro estudio fueron diagnosticados de EPOC, lo que demuestra la importancia de la espirometría como herramienta de cribado dado el importante infradiagnóstico de la enfermedad. Las alteraciones radiológicas más frecuentemente asociadas al tabaco fueron el enfisema, el engrosamiento bronquial y los nódulos pulmonares.

#### 256. INFLUENCIA DE LA FINANCIACIÓN DE VARENICLINA EN LOS RESULTADOS ASISTENCIALES EN UNA UNIDAD DE TABAQUISMO

E. Canosa Santos, C. Rábade Castedo, R. Soto Feijoo, C. Zamarrón Sanz, L. Ferreiro Fernández, A. Lama López, N. Rodríguez Núñez, M.E. Toubes Navarro, A. Golpe Gómez y L. Valdés Cuadrado

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

**Introducción:** En el año 2020 el Ministerio de Sanidad y Consumo autoriza la financiación de los fármacos de cesación tabáquica bupropión y vareniclina en aquellos fumadores motivados que cumplan los siguientes criterios: a) Expresar su intención de dejar de fumar realizando un intento de abandono en el último año b) Presentar un consumo actual de 10 cigarrillos al día c) Una dependencia a la nicotina medida mediante el test de Fagerström (FTND) mayor o igual a 7. Por ello, el objetivo del estudio es evaluar el impacto de la financiación con vareniclina en su adherencia y en la efectividad de la misma en la práctica clínica diaria en una unidad de Tabaquismo.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo y cuasi-experimental de pacientes que acuden a la Unidad de Tabaquismo a los que se les prescribe vareniclina en los años previos a la financiación y tras la misma. Se incluyen solo los pacientes que cumplen criterios de vareniclina financiada. Se calculan las diferencias en las variables clínicas, asociadas al tabaquismo, adherencia y efectividad de la intervención de cesación tabáquica de los fumadores en ambos períodos. La adherencia se calcula de forma indirecta a través del registro de retirada electrónica del fármaco y la autodeclaración del paciente. Utilizamos el test chi-cuadrado, test t-Student y las pruebas no paramétricas para las variables que no siguen una distribución normal.

**Resultados:** Se incluye una muestra de 186 pacientes (a 101 se le prescribió vareniclina antes de la financiación y 85 tras la misma). 55% de los pacientes de la muestra son varones. La edad media es de  $55 \pm 9,6$  años, con un consumo actual de  $17,35 \pm 9,7$ , un consumo

Resultados asistenciales en pacientes a los que se prescribe vareniclina no financiada vs financiada

| Variables                     | Período previo a la financiación con VRL (años 2018-2019) | Período de financiación con VRL (años 2020-2021) | p    |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| n=186                         | 101                                                       | 85                                               |      |
| Género (varones)              | 54%                                                       | 55%                                              | 0.15 |
| Edad media (años)             | 53,6 $\pm$ 9                                              | 56,7 $\pm$ 10                                    | 0.02 |
| Nivel socioeconómico bajo     | 44%                                                       | 48%                                              | 0.2  |
| Consumo actual (cig/día)      | 18,4 $\pm$ 9                                              | 16,1 $\pm$ 10                                    | 0.12 |
| Consumo acumulado (paq-año)   | 40,1 $\pm$ 19                                             | 41,5 $\pm$ 19                                    | 0.62 |
| Motivación media (EVA)        | 8,5 $\pm$ 1,9                                             | 9 $\pm$ 1,3                                      | 0.06 |
| Dependencia (FTND)            | 7,2 $\pm$ 1,7                                             | 7,5 $\pm$ 1,2                                    | 0.6  |
| Duración media de vareniclina | 39 $\pm$ 50                                               | 69,35 $\pm$ 32                                   | 0.00 |
| Abstinencia al mes (%)        | 52%                                                       | 71%                                              | 0.01 |
| Abstinencia a los 3 meses (%) | 40%                                                       | 59%                                              | 0.00 |
| Abstinencia a los 6 meses (%) | 30%                                                       | 33%                                              | 0.44 |

Los resultados se presentan en porcentajes (%) y medias  $\pm$  desviación típica

acumulado de 40,8 ± 19,3 paquetes-año, un CO de 16,4 ± 12,5, una motivación media de 8,8 ± 1,7 y una dependencia mediante FTND de 7,3 ± 3,5. Todos los pacientes realizaron intentos previos de abandono en los años previos. Durante el período de financiación la duración media de tratamiento con vareniclina es mayor (69,35 ± 32 vs. 39 ± 50; p = 0,00) así como la abstinencia a las 4, 12 y 24 semanas (71 vs. 52%; p = 0,01), (59 vs. 40%; p = 0,007), (33 vs. 30%; p = 0,44).

**Conclusiones:** El tratamiento farmacológico con vareniclina triplica las posibilidades de éxito de la deshabituación tabáquica. La financiación de vareniclina mejora las cifras de efectividad y adherencia a la misma.

**334. LA PROSOCIALIDAD APLICADA: ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TABAQUISMO**

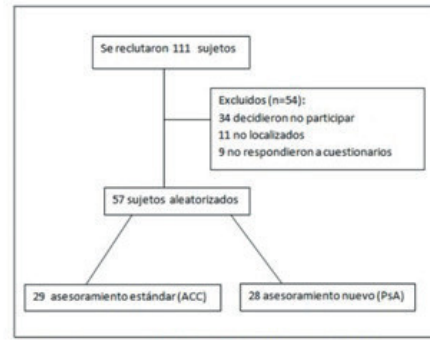
S. Calvo Pascual<sup>1</sup>, M. Martí Vilar<sup>2</sup> y J.R. Belda Ramírez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona, España. <sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universitat de València, Valencia, España. <sup>3</sup>Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

**Introducción:** El tabaquismo, pese a ser una enfermedad reconocida por la comunidad científica y la población general, está aún lejos de asociarle automáticamente un tratamiento farmacológico y un asesoramiento psicológico. Muchos pacientes que ingresan en el hospital son fumadores y pocos tienen acceso directo a una consulta de tabaquismo. La prosocialidad aplicada (PsA) es una herramienta más, junto al asesoramiento cognitivo conductual (ACC) que se puede usar en la consulta de tabaquismo.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, experimental y aleatorizado, en el que la intervención ha sido de tipo conductual y se ha

Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes a estudio.



ACC: Asesoramiento Cognitivo Conductual. PsA: Prosocialidad Aplicada

Tabla 2. Descripción y comparación de medias (± desviación típica) de edad y características tabáquicas entre el grupo Cognitivo Conductual (n=29) y el grupo Prosocial (n= 28).

|                      | Cognitivo-Conductual | Prosocial      | p     |
|----------------------|----------------------|----------------|-------|
| Edad                 | 56.21 (±12.70)       | 54.50 (±8.97)  | 0.562 |
| Cig/d                | 16.97 (±8.46)        | 18.89 (±5.17)  | 0.306 |
| Índice acumulado     | 28.76 (±12.73)       | 30.43 (±13.60) | 0.634 |
| Intentos de abandono | 2.00 (±0.75)         | 2.11 (±1.03)   | 0.855 |
| Test de Fagerström   | 5.96 (±2.45)         | 6.32 (±1.63)   | 0.525 |
| Índice de dureza     | 3.10 (±1.54)         | 3.39 (±1.10)   | 0.420 |
| Motivación           | 8.82 (±2.37)         | 7.81 (±1.89)   | 0.176 |
| CO exhalado          | 24.14 (±18.80)       | 29.43 (±15.34) | 0.250 |

Nota: Cig/d: Cigarrillos al día. CO: monóxido de carbono.

Tabla 3. Comparación de medias de los cuestionarios de la prosocialidad aplicada del grupo Prosocial (n=28). Primera y tercera visita. Se expresa como la media ± desviación típica.

|      | 1V-Prosocial  | 3V-Prosocial  | P     |
|------|---------------|---------------|-------|
| cCCP | 52.89 (±6.46) | 54.61 (±6.75) | 0.120 |
| cIP  | 74.00 (±7.76) | 79.40 (±7.80) | 0.001 |

Nota: cCCP: cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial. cIP: cuestionario del Inventario Prosocial. 1V: primera visita. 3V: tercera visita.

Tabla 4. Comparación de medias de los cuestionarios de la prosocialidad aplicada del grupo Prosocial (n=28) y del grupo Cognitivo Conductual (n=29), primera y cuarta visita. Se expresa como la media ± desviación típica.

|      | 1V-Prosocial  | 4V-Prosocial   | P     | 1V-Cog-Cond   | 4V-Cog-Cond    | P     |
|------|---------------|----------------|-------|---------------|----------------|-------|
| cCCP | 52.89 (±6.46) | 54.39 (±7.36)  | 0.224 | 52.72 (±8.96) | 53.93 (±8.37)  | 0.340 |
| cIP  | 74.00 (±7.76) | 77.17 (±10.16) | 0.329 | 75.17 (±9.86) | 75.24 (±10.42) | 0.959 |

Nota: cCCP: cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial. cIP: cuestionario del Inventario Prosocial. 1V: primera visita, 4V: cuarta visita. Cog-Cond: grupo Cognitivo Conductual.

Tabla 1. INVENTARIO PROSOCIAL PARA PERSONAS QUE QUIEREN DEJAR DE FUMAR

Código: Fecha: Respuesta 5: siempre, 4: casi siempre, 3: a veces, 2: casi nunca, 1: nunca, según se identifique con los siguientes comportamientos.

| CATEGORÍA                    | COMPORTAMIENTO PROSOCIAL                                                                                                           | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| AYUDA FÍSICA                 | 1. ¿Ayudo a mi vecina/no a subir el carrito de la compra o a abrir el contenedor de la basura?                                     |   |   |   |   |   |
| SERVICIO FÍSICO              | 2. ¿Me ofrezco a acompañar a un familiar o amigo al médico?                                                                        |   |   |   |   |   |
| DAR Y COMPARTIR              | 3. ¿Comparto mi tiempo jugando con mis familiares o amigos a algún juego que nos guste a todos?                                    |   |   |   |   |   |
|                              | 4. ¿Doy un beso o un abrazo a mi pareja o amigo/a?                                                                                 |   |   |   |   |   |
| AYUDA VERBAL                 | 5. ¿Explico detenidamente cómo llegar a un destino determinado?                                                                    |   |   |   |   |   |
|                              | 6. ¿Explico a un compañero o a una persona mayor cómo se resuelven las dudas que me plantea?                                       |   |   |   |   |   |
| CONSUELO VERBAL              | 7. ¿Hablo con mi amigo/a apenado, que necesita compañía, porque ha fallecido su padre o ha recibido una noticia negativa?          |   |   |   |   |   |
|                              | 8. ¿Ayudo a un amigo o familiar a ver el lado positivo del problema que está viviendo?                                             |   |   |   |   |   |
| CONFIRMACIÓN Y VALOR. POSIT. | 9. ¿Llamo a mi madre, a un familiar o amigo cercano y mayor, para preguntarle cómo le ha ido el día?                               |   |   |   |   |   |
|                              | 10. ¿Felicitó a mi hijo, sobrino o amigo por el buen resultado que ha sacado en el examen o en la situación tan difícil que tenía? |   |   |   |   |   |
|                              | 11. ¿Agradezco a un compañero o vecino un trabajo particular que nos ha beneficiado a todos?                                       |   |   |   |   |   |
| ESCUCHA PROFUNDA             | 12. ¿Escucho a un familiar o amigo recién diagnosticado de una enfermedad o afecto por algo que puede ser preocupante?             |   |   |   |   |   |
|                              | 13. ¿Dedico media hora de mi tiempo libre para escuchar la problemática que me quiere contar un compañero o vecino?                |   |   |   |   |   |
|                              | 14. ¿Doy la oportunidad a una persona mayor que tengo cerca, de que me cuente historias del pasado?                                |   |   |   |   |   |
| EMPATIA                      | 15. ¿Pregunto a un miembro de la familia o amigo cómo se ha resuelto la situación que le preocupaba?                               |   |   |   |   |   |
|                              | 16. ¿Dejo de fumar en el coche o en otro lugar, parada del autobús, para no molestar a los que van o están conmigo?                |   |   |   |   |   |
|                              | 17. ¿Converso específicamente con un compañero de trabajo o vecino de un tema de su interés?                                       |   |   |   |   |   |
| SOLIDARIDAD                  | 18. ¿Ahorro el importe del tabaco para destinarlo a un viaje o una cena con una persona cercana que sé que le hará ilusión?        |   |   |   |   |   |
| PRESENCIA POSIT. Y UNIDAD    | 19. ¿Después de comer en vez de fumar, me pongo a quitar la mesa?                                                                  |   |   |   |   |   |

TOTAL: \_\_\_\_\_

completado con el tratamiento farmacológico. La población a estudio formaba parte de la consulta de tabaquismo y el reclutamiento ha durado año y medio. El grado de tabaquismo se ha medido de manera objetiva con el monóxido de carbono en aire exhalado y los niveles de cotinina en orina. El grupo aleatorizado con el ACC ha recibido instrucciones según el manual de SEPAR y el grupo con el asesoramiento de la PsA según el Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA) de la Universidad Autónoma de Barcelona. Este se basa en comportamientos prosociales dirigidos a los fumadores que quieren dejar de fumar, el Inventario Prosocial (IP) (tabla 1) y la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) (tabla 2). Ambos cuestionarios: el de CCP y el IP se pasan en todas las visitas en el grupo del asesoramiento PsA y en la primera y en la última en el ACC. El análisis estadístico utilizado para comparar medias apareadas ha sido el test de los rangos de Wilcoxon. La significación estadística ha sido de p < 0,05.

**Resultados:** Los pacientes incluidos inicialmente han sido 111 de los cuales 54 (48,6%) fueron excluidos (fig.). La edad media fue de 55,37 años ± 10,96 (desviación típica), un 63,2% mujeres. Las características tabáquicas se muestran en la tabla 2. Las tablas 3 y 4 muestran las diferencias de las medias de los dos cuestionarios. Para el cuestionario de la CCP no hay diferencias significativas entre visitas ni entre grupos: p = 0,120, p = 0,224, p = 0,340, respectivamente. Sí ha resultado significativa la diferencia de las medias para el cuestionario del IP entre la primera y la tercera visita (p = 0,001).

**Conclusiones:** El cuestionario de CCP no es útil en las condiciones que se ha realizado el estudio, en cambio el cuestionario del IP sí sirve para el asesoramiento psicológico en la consulta de tabaquismo.

### 573. PERFIL DE LA PERSONA FUMADORA CON ALTA DEPENDENCIA EN TIEMPOS DE LA COVID

M. García Rueda<sup>1</sup>, A. Ruiz Bernal<sup>1</sup>, V. Barchilón Cohen<sup>2</sup> y M.D. Fernández Pérez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, Sevilla, España. <sup>2</sup>Colaborador Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, Cádiz, España. <sup>3</sup>Servicio de Promoción y Acción Local en Salud, Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, Consejería de Salud y Familias, Sevilla, España.

**Introducción:** El tabaquismo es el principal problema de salud pública en nuestro entorno. La atención al tabaquismo se ha visto seriamente afectada dentro del contexto global de la pandemia de la COVID-19. Asimismo, cambios recientes relativos a la financiación de los tratamientos han podido cambiar el panorama, por lo que resulta importante conocer el perfil de la persona fumadora atendida en el sistema sanitario público para dejar de fumar durante este periodo y mas en concreto la que padece una dependencia alta al tabaco.

**Objetivos:** Conocer el perfil de la persona fumadora con alta dependencia al tabaco que inicia un proceso de cesación tabáquica en 2021 en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo a partir de datos comprendidos dentro de la historia digital del paciente en la comunidad autónoma andaluza registrados en el sistema DIRAYA a través del módulo de tabaquismo relacionados con datos provenientes de la Base de Datos Poblacional de Salud de Andalucía. Se estudian todos los pacientes que han iniciado un programa de cesación tabáquica en el año 2021 y se seleccionan aquellos que han presentado un test de Fagerström modificado igual o superior a 7.

**Resultados:** N: 42.432 personas fumadoras (22.272 hombres y 20.160 mujeres). Edad media 50,5 años (DE 11) (fig. 1). Consumo diario de

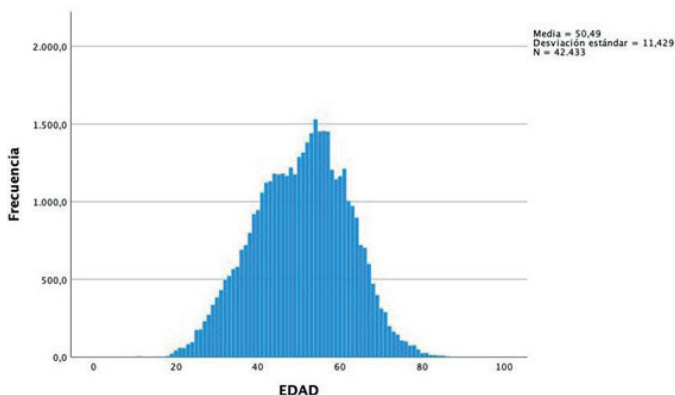


Figura 1. Edad de las personas que inician proceso de cesación.

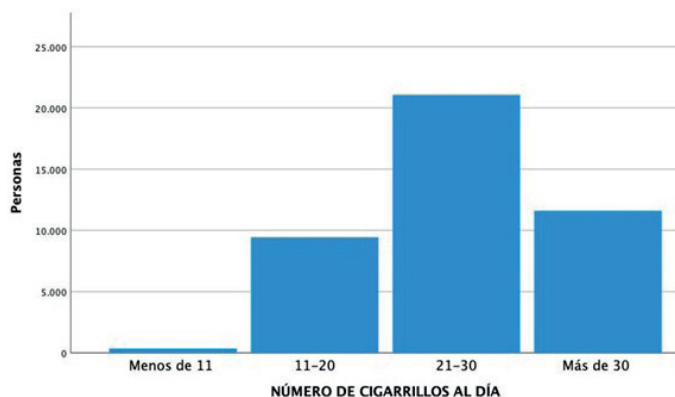


Figura 2. Número de cigarrillos consumidos al día.

tabaco (fig. 2). Cooximetría media 41 ppm (DE 34). Más del 90% presenta una adecuada motivación y ha realizado un intento previo en el año anterior. El 81,3% fuma su primer cigarrillo antes de los 5 minutos tras levantarse. El 97,2% inició el proceso en Atención Primaria (98,3% Intervención Avanzada Individual) a la que acudió por voluntad propia.

**Conclusiones:** El perfil medio sería el constituido por un varón de unos 50 años que fuma mas de un paquete al día y ya ha realizado al menos un intento previo serio de cesación en el año anterior que cuenta con una adecuada motivación para dejar de fumar y en el que se inicia la intervención en Atención Primaria con carácter individual.

### 488. PERFIL DEL PACIENTE FUMADOR QUE ACUDE A LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

A.P. Arenas Polo<sup>1</sup>, C. Montañó Montañó<sup>1</sup>, C. Cabanillas Díez-Madroño<sup>1</sup>, M.E. Ruíz Carretero<sup>1</sup>, C. de Dios Calama<sup>1</sup>, M. Cebrián Romero<sup>1</sup>, A. Nacarino Burgos<sup>2</sup>, G. García Rubio<sup>1</sup> y J.A. Riesco Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

<sup>2</sup>Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

**Introducción:** La asistencia al fumador en nuestro medio se realiza por diferentes vías de acceso. Desde SEPAR se realiza acreditación específica de consultas de tabaquismo clasificadas en diferentes grados de complejidad. El objetivo de este estudio fue describir al perfil de fumador (F) que acude a nuestra unidad especializada de tabaquismo (UET).

**Material y métodos:** Se realiza estudio retrospectivo a partir de las historias clínicas de los pacientes remitidos a nuestra unidad en el período de un año (octubre 2020-octubre 2021) y son incluidos en nuestro protocolo asistencial de seguimiento. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas cuyos resultados se almacenan en una base de datos elaborada al efecto. El estudio estadístico se realiza mediante programa XLSTAT de Excel.

**Resultados:** Se incluye un total de 199 pacientes (p.): (68%) varones y (32%) mujeres con un número medio de consultas de  $2,3 \pm 1,4$  por p, predominando las consultas presenciales (54%) sobre las telefónicas (46%). El 39% de p tenía alguna comorbilidad psiquiátrica aunque predomina la dislipemia (57%), HTA (32%), C. Isquémica (31%) y EPOC (22%). El 23% de p fuman  $>20$  c/d, el 59% 11-20 c/d y 18%  $< 10$  c/d con un IPA de  $40 \pm 2$  y una historia de  $39 \pm 12$  años de fumador. Un 47% de p había hecho intentos previos de dejar de fumar pero solo un 10% recibió tratamiento (tto) farmacológico. El 76% presentó una dependencia nicotínica elevada, con un test de Fagerström de  $7 \pm 1,5$ . La cooximetría media observada fue de  $17 \pm 13$  ppm, siendo la recompensa positiva o mixta predominante en el 48% de los casos. La mayoría de p. recibió tratamiento con varenicilina (47%) y TSN (15%). El % de éxito (dejar de fumar tras un período máximo de seguimiento de 9 meses) fue del 52%. Las recaídas estudiadas predominan en el período intratratamiento (28%) frente al 3% tras finalizar el tratamiento.

**Conclusiones:** El protocolo de consultas de nuestra UET incluye un mínimo de 3 consultas/p. con predominio de las presenciales sobre las telefónicas. El perfil de p. que acude a nuestra consulta corresponde a un varón con comorbilidades (DLP, HTA y EPOC), con dependencia nicotínica elevada y grado de tabaquismo grave, que ha hecho algún intento previo de abandono, aunque sin recibir tratamiento farmacológico. La mayoría de p. recibió varenicilina y 1 de cada 2 p dejó de fumar con un seguimiento medio de hasta 9 meses. 1 de cada 3 p con recaída lo hizo durante el período intratratamiento.

### 493. PREVALENCIA TABÁQUICA EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN PLANTA DE NEUMOLOGÍA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

P. Manso Tejerina, M. Jiménez Gómez, R. de la Sota Montero, C. Vizoso Gálvez, J. Díaz Miravalls, E. Catalinas Muñoz, J.I. de Granda Orive y J. Margallo Iribarnegaray

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** El tabaquismo conlleva una importante morbimortalidad, siendo la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. La relación entre tabaco y enfermedades respiratorias está ampliamente estudiada. El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de tabaquismo en los pacientes que ingresan en la planta de neumología y sus características.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio descriptivo incluyendo a todos los pacientes que ingresaron en planta de neumología entre octubre y diciembre de 2021, ambos inclusive. Se han recogido variables epidemiológicas, motivo de ingreso, estatus de fumador y uso de oxígeno crónico domiciliario. Los cálculos estadísticos se han realizado utilizando el paquete informático SPSS versión 25,0 (Armonk, NY: IBM Corp).

**Resultados:** Fueron incluidos 97 pacientes durante el periodo de estudio, siendo 36 (37,1%) fumadores en el momento del ingreso. La edad mediana fue de 60,5 años y un 80,6% fueron hombres. El consumo mediano fue de 11,46 cigarrillos al día y el índice de años/paquete (IPA) mediano fue de 46,5. Un total de 36 pacientes (37,1%) fueron exfumadores, siendo el IPA mediano de este grupo de 37,5. En el momento del ingreso 15 de los pacientes fumadores (41,7%) eran usuarios de oxigenoterapia crónica domiciliaria. Los principales motivos de ingreso fueron agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía. Otras características de la población se muestran en la tabla.

Características de los pacientes fumadores que ingresan en planta de neumología.

| N=36                                                   |             |
|--------------------------------------------------------|-------------|
| Edad (mediana, RIQ)                                    | 60,5 (21)   |
| Hombres (N, %)                                         | 29 (80,6%)  |
| Cigarrillos (hábito tabáquico activo) (mediana, RIQ)   | 11,46 (8,9) |
| Índice años/paquete (mediana, RIQ)                     | 46,5 (30)   |
| Diagnóstico (N, %)                                     |             |
| Agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 17 (47,2%)  |
| Asma                                                   | 2 (5,6%)    |
| Enfermedad pulmonar intersticial difusa                | 1 (2,8%)    |
| Neumonía                                               | 16 (44,4%)  |
| Oxigenoterapia crónica domiciliaria (N, %)             | 15 (41,7%)  |

Siglas: RIQ: rango intercuartilico, EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, más de un tercio de los pacientes que ingresaron en planta de neumología eran fumadores activos y otro tercio exfumadores. Hasta un 40% de los pacientes fumadores eran usuarios de oxígeno crónico domiciliario. Dada la elevada prevalencia de tabaquismo entre nuestros pacientes, es fundamental aprovechar el ingreso hospitalario para realizar una intervención y estimular la motivación para el abandono del tabaco.

### 113. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL TABAQUISMO EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE

I. Pina Máiquez<sup>1</sup>, J. Collada Carrasco<sup>2</sup>, R.M. Díaz Campos<sup>3</sup> y J.I. de Granda Orive<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infanta Leonor, Madrid, España. <sup>2</sup>Hospital La Princesa, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** El tabaquismo se ha relacionado con el incremento de la incidencia de asma bronquial, así como un peor control de la sintomatología y aumento de las exacerbaciones. Conocer la prevalencia y características del tabaquismo en pacientes asmáticos contribuiría a optimizar el manejo de estos pacientes y favorecer la deshabituación.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional prospectivo para conocer prevalencia y características del tabaquismo en pacientes adultos con diagnóstico de asma bronquial y seguimiento en una consulta de Neumología de asma grave de un hospital terciario entre septiembre 2020 y diciembre 2021. Los pacientes reclutados cumplimentaron una encuesta sobre consumo previo de tabaco u cigarrillo electrónico, características de su consumo y causas de abandono, así mismo se realizó cooximetría en dicha consulta. Se registraron variables demográficas, control clínico del asma mediante cuestionario ACT (Asthma Control Test), tratamiento, pruebas funcionales y exacerbaciones en el año previo.

**Resultados:** Se reclutaron 103 pacientes de los cuales 32 (21,1%) fueron varones, con edad media de 54,19 ± 15,72. 60 (58,3%) presentaban asma persistente grave; 90 (87,4%) tenían buen control. 8 pacientes (7,8%) eran fumadores activos con un consumo actual de 12,25 ± 8,99 cigarrillos/día, 75% de los fumadores consumía tabaco rubio y ningún paciente había usado cigarrillo electrónico. El 100% de los fumadores habían iniciado el consumo siendo menores de edad, 50%. El 50% refirieron consumo por refuerzo negativo; con aumento del consumo 88% de los casos en situaciones de estrés. 63% de los pacientes perciben empeoramiento de sintomatología del asma en relación con el tabaquismo. El 12,5% se encontraba en fase de contemplativa y 62,5% en precontemplativa. El 100% de los fumadores habían recibido consejo antitabáquico. 87,5% habían realizados intentos previos de abandono tabáquico, de los cuales 62,5% no habían utilizado tratamiento dirigido y 62,5% habían tenido abstinencia mayor al año. El monóxido de carbono (CO) exhalado en fumadores fue 12,37 ± 7,67 ppm. 47 pacientes (45,6%) de la muestra eran exfumadores con un IPA de 20,71 ± 24,78. La causa más frecuente para el abandono del tabaco fue la presencia de síntomas relacionados con el asma (34%). 21,3% de los pacientes exfumadores y 10,4% de los nunca fumadores presentaron CO > 6 ppm.

**Conclusiones:** El 7,8% de los asmáticos graves fuman a pesar de haber recibido consejo antitabáquico. La prevalencia de fumadores activos es mayor a la declarada.

### 254. RESULTADOS ASISTENCIALES DE UNA UNIDAD DE TABAQUISMO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

R. Soto Feijoo, P. Mascareñas Pazos, C. Rábade Castedo, R. Abelleira Paris, A. Casal Mourriño, V. Riveiro Blanco, T. Lourido Cebreiro, J.M. Álvarez Dobaño, A. Golpe Gómez y L. Valdés Cuadrado

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

**Introducción:** La COVID-19 es una enfermedad infecciosa producida por el virus SARS-CoV-2. En marzo de 2020 la OMS declaró esta enfermedad como pandemia. Como consecuencia de ello, en nuestro país se instauró un confinamiento y una disminución de la actividad asistencial en todos los hospitales que afectó a las unidades de Tabaquismo. Además, la situación generada pudo influir en el consumo de tabaco durante este período. Por todo ello, el objetivo de este estudio es evaluar la influencia de la pandemia COVID-19 en los resultados asistenciales en una unidad de Tabaquismo acreditada por SEPAR.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo y cuasiexperimental de una muestra de pacientes que acuden a la Unidad de Tabaquismo durante la pandemia y en el período previo. Se calculan las diferencias en las variables clínicas, asociadas al tabaquismo y efectividad de la intervención de cesación tabáquica de los fumadores en ambos períodos.

## Resultados asistenciales de Unidad de Tabaquismo en fase pre-pandémica vs pandemia COVID-19

| Variables                       | Fase pre-pandémica (años 2018-2019) | Fase pandémica (años 2020-2021) | p     |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------|
| n=352                           | 210                                 | 142                             |       |
| Género (varones)                | 57%                                 | 56,6%                           | 0.31  |
| Edad media (años)               | 54,1±10                             | 55,4±10,6                       | 0.47  |
| Nivel socioeconómico bajo       | 45%                                 | 47%                             | 0.5   |
| Intentos previos de abandono(%) | 80%                                 | 65%                             | 0.00  |
| Consumo actual (cig/día)        | 18±11                               | 17,1±11                         | 0.45  |
| Consumo acumulado (paq-año)     | 39,6±19                             | 44,5±21                         | 0.036 |
| Motivación media (EVA)          | 8,6±1,7                             | 8,7±1,7                         | 0.63  |
| Dependencia (FTND)              | 4,5±1,9                             | 5,9±1,2                         | 0.00  |
| Abstinencia al mes (%)          | 55,3%                               | 63,4%                           | 0.009 |
| Abstinencia a los 3 meses (%)   | 46,1%                               | 52%                             | 0.19  |
| Abstinencia a los 6 meses (%)   | 35%                                 | 31%                             | 0.37  |

Los resultados se presentan en porcentajes (%) y medias ± desviación típica

dos. 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 352 pacientes, 142 pacientes en la fase pandémica. 58% son varones. Un 61% de los pacientes realizó un intento serio de abandono en los últimos cinco años. La edad media es de 55 ± 10, el consumo acumulado de tabaco de 41,6 ± 20,6, un CO: 14,9 ± 11, un nivel de motivación de 8,6 ± 1,7 y un valor medio de dependencia nicotínica de 5,2 ± 0,5. No se observan diferencias significativas entre ambos períodos en la edad media, género o consumo actual. No obstante, durante el período pandémico los pacientes presentan un mayor consumo acumulado (44,5 ± 21 vs. 39,6 ± 19; p = 0,036) y una mayor dependencia nicotínica (FTND) (5,9 ± 1,2 vs. 4,5 ± 1,9 p = 0,00). La abstinencia a las 4, 12 y 24 semanas no muestra diferencias estadísticamente significativas respecto al período pre-pandémico (63,4 vs. 55%, p = 0,09 52% vs. 46%, p = 0,19, 31 vs. 35%, p = 0,37).

**Conclusiones:** La pandemia COVID-19 no tuvo un impacto negativo en la efectividad de los programas de deshabituación tabáquica.

### 344. RESULTADOS PRELIMINARES DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO CON CITISINA

M.I. Cristóbal Fernández<sup>1</sup>, E. de Higes Martínez<sup>2</sup>, A.M. Cicero Guerrero<sup>1</sup>, A.J. Nistal Rodríguez<sup>2</sup>, Á. Ramos Pinedo<sup>2</sup>, C. Villar Laguna<sup>1</sup> y C.A. Jiménez Ruíz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Especializada en Tabaquismo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Fundación Alcorcón, Madrid, España.

**Introducción:** Desde mediados diciembre de 2021 citisina está disponible en España como tratamiento del tabaquismo.

**Objetivos:** Presentar los resultados preliminares de un grupo de fumadores que acudieron a dos unidades de tabaquismo y que recibieron citisina y asesoramiento psicológico para dejar de fumar. Dado el poco tiempo transcurrido el abstract muestra resultados preliminares en un escaso número de pacientes.

**Material y métodos:** Se ha seguido el protocolo asistencial clínico-psicológico para el tratamiento del tabaquismo con citisina que ha sido desarrollado por un grupo multidisciplinar de expertos en tabaquismo de España. (Prev Tab. 2021;23:139-145).

**Resultados:** Se incluyen 22 sujetos, de los cuales 59% son mujeres, con una edad media de 55,6 años (9,6). Fumaban una media de 26,05 cigarrillos al día, con IPA 47,24 (24,6). La puntuación media en el Test de Fagerström fue de 6,9 (2,2). El 72,7% de ellos fumaba por recompensa negativa y el 86,4% fumaba el primer cigarrillo en la primera media hora. El 100% de ellos recibieron citisina a las dosis habituales y el 72% de ellos recibió una llamada previa al Día D. En el momento actual disponemos de datos completos en 18 de los 22 pacientes para la primera revisión que se llevó a cabo entre 6 y 8 días después del

inicio de la toma de medicación. Los datos muestran que el 83,3% de los sujetos ha dejado de fumar, el 5,5% de ellos ha reducido significativamente el número de cigarrillos consumidos y solo 2 de ellos continúa fumando. El 72,2% ha cumplido con el 80% o más de las tomas de medicación, el 11,1% con el 79-50% y el 16,1 con menos del 50% de las tomas. El 38,8% de ellos ha tenido algún efecto adverso. Todos los efectos adversos han sido leves o moderados. Los efectos adversos mas habituales han sido: trastornos del sueño (22,2%), dolor abdominal (11,1%), náuseas (11,1%) y vómitos (5,6%). Solo un paciente abandono el tratamiento por padecer trastorno del sueño de alta intensidad.

**Conclusiones:** Una semana después del inicio de tratamiento con citisina, el fármaco y el asesoramiento psicológico se muestran eficaces y seguros para ayudar a dejar de fumar a un grupo de pacientes con alto grado de dependencia física por la nicotina.

### 153. UTILIDAD DE LAS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN IMPARTIDAS EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO

N. Matallana Encinas, L. Cañón Barroso, S. Hernández Gómez, L.M. Sierra Murillo, J. López Rodríguez, J. Hernández Borge, I. Rodríguez Blanco, P. Cordero Montero, A. Castañar Jover, J.A. Gutiérrez Lara, M.C. García García, M.T. Gómez Vizcaíno, P. Íñigo Naranjo y F.L. Márquez Pérez

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

**Introducción:** Durante la celebración del Día Mundial sin tabaco 2021, nuestro objetivo fue conocer las características de los fumadores que acudían al Hospital Universitario de Badajoz, informarles del riesgo del hábito tabáquico, proporcionarles información sobre ayudas para dejar de fumar y al cabo de siete meses, analizar si se produjo algún cambio.

**Material y métodos:** Se organizó una mesa informativa para fumadores en la entrada del hospital que estaba atendida por neumólogos, residentes de Neumología y voluntarios de asociaciones contra el cáncer. A los fumadores se les suministró un consentimiento informado para realizar el estudio, se les realizó una encuesta breve y se les proporcionó por escrito un consejo para dejar de fumar. Las variables cuantitativas obtenidas se expresaron como media ± desviación estándar y las cualitativas en forma de proporción. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 98 fumadores (50% mujeres). La edad media fue de 49,9 años. Un 42,9% de los encuestados tenía alguna enfermedad crónica siendo la más frecuente la hipertensión arterial. La edad media de inicio del hábito tabáquico fue a los 17 años. El consumo medio era de 15,4 cigarrillos/día y el 76,5% de los fumadores había intentado dejar de fumar alguna vez (solamente un 5,1% con



|                                  | 31-5-21 <sup>a</sup>          | Diciembre-2021 <sup>a</sup>   |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Misma-fase <sup>a</sup>          | Precontemplación <sup>a</sup> | Precontemplación <sup>a</sup> |
|                                  | Contemplación <sup>a</sup>    | Contemplación <sup>a</sup>    |
|                                  | Preparación <sup>a</sup>      | Preparación <sup>a</sup>      |
| Avanzado-de-fase <sup>a</sup>    | Precontemplación <sup>a</sup> | Preparación <sup>a</sup>      |
|                                  | Contemplación <sup>a</sup>    | Preparación <sup>a</sup>      |
|                                  | Preparación <sup>a</sup>      | Acción <sup>a</sup>           |
| Retrocedido-de-fase <sup>a</sup> | Contemplación <sup>a</sup>    | Precontemplación <sup>a</sup> |
|                                  | Preparación <sup>a</sup>      | Contemplación <sup>a</sup>    |
|                                  | Preparación <sup>a</sup>      | Precontemplación <sup>a</sup> |

Comparación de fases de abandono del tabaco al inicio del estudio y a los siete meses.

ayuda). El 79,6% de los pacientes quería dejar de fumar encontrándose el 20,4% en fase de precontemplación, un 44,9% en contemplación y un 34,7% en fase de preparación. Al cabo de siete meses se les realizó una llamada telefónica y el 81,6% seguía fumando. El 79,6% continuaba con deseo de dejar de fumar. El 29,6% estaban en fase de contemplación, el 24,5% en preparación y el 8,2% en fase de acción. Comparando la fase al inicio y tras los 7 meses, el 42,9% de los fumadores se encontraban en la misma fase, un 25,5% habían avanzado y un 20,4% habían retrocedido de fase. El 77,6% de los encuestados manifestó que el consejo recibido les había resultado útil.

**Conclusiones:** Un elevado porcentaje de fumadores quiere dejar de fumar y la mayoría opinan que el consejo breve es beneficioso. Un 8,2% de los fumadores encuestados consiguieron pasar a la fase de acción. En nuestra opinión, las actividades de sensibilización del Día Mundial sin Tabaco pueden ayudar a concienciar a los fumadores y promover el cambio hacia el abandono del consumo de tabaco.

#### 496. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA VARENICLINA COMO TRATAMIENTO DE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA SEGÚN SEXO

W. Briceño Franquiz, D. Durán Barata, B. Pintado Cort, A. Retegui García, A. Pérez Figuera, S. González Castro, A. Castillo Durán, I. Jara Alonso, M. Ponte Serrano y R. Mirambeaux Villalona

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Introducción:** El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica. Si bien hay evidencia de que existen diferencias en algunos factores fisiológicos, psicológicos y conductuales entre las fumadoras y los fumadores, no está claro si estas diferencias influyen en la capacidad de dejar de fumar o permanecer abstinentes. El objetivo de este trabajo es evaluar las diferencias en cuanto a la efectividad de la vareniclina como tratamiento de deshabituación tabáquica entre hombres y mujeres.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en la consulta de deshabituación tabáquica desde enero 2018 a octubre 2019 del Hospital Ramón y Cajal, y su posterior seguimiento hasta menos de un año. El análisis descriptivo se realizó mediante método de chi-cuadrado de Pearson.

**Resultados:** Se analizaron 83 pacientes, 48 mujeres y 35 hombres; del total de pacientes 90,2% continuaron el seguimiento en consulta y el 9,8% lo abandonaron. En el análisis por protocolo se objetivó que el 60% de los hombres lograron la deshabituación tabáquica, en contraste, con un 40% del grupo femenino. Por otra parte, valoramos de forma individual los grupos según género, evidenciando que del total de mujeres y hombres valorados, el porcentaje que logró la deshabituación tabáquica fue de un 25% y 48,6% respectivamente. El contraste de hipótesis fue realizado a través del método de chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un resultado estadísticamente significativo con una p valor de 0,013.

**Conclusiones:** La probabilidad de éxito con la vareniclina como tratamiento de deshabituación tabáquica es mayor en hombres que en mujeres. Esto podría estar relacionado con que las mujeres pueden



tener que hacer frente a distintos obstáculos para dejar de fumar, como la depresión, el temor a aumentar de peso, el apoyo del entorno, etc. Por lo que sería recomendable incorporar la perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo, y así planificar estrategias más efectivas tomando en cuenta las necesidades de los hombres y las mujeres en programas de deshabituación tabáquica.

#### 410. VARIABLES QUE REDUCEN LA DURACIÓN E INTENSIDAD DEL CRAVING EN FUMADORES EN PROCESO DE CESACIÓN

C. Juliá Álvarez<sup>1</sup>, M.Á. Hernández Mezquita<sup>2</sup>, L. Gil Pintor<sup>2</sup>, T. Clavero Sánchez<sup>2</sup>, M. Bartol Sánchez<sup>2</sup>, R.A. Martín Hernández<sup>2</sup>, V. Sánchez Bueno<sup>2</sup> y M. Barrueco Ferrero<sup>2</sup>

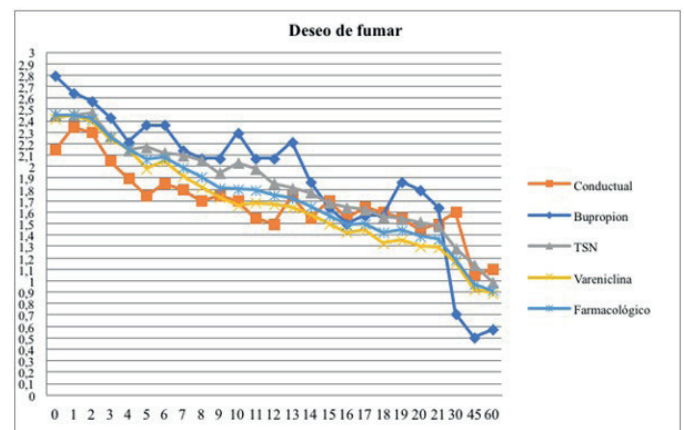
<sup>1</sup>Gerencia de Atención Primaria, Salamanca, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario, Salamanca, España.

**Introducción:** El craving (deseo de fumar) es uno de los principales síntomas del SAN. El objetivo de este trabajo fue estudiar la evolución en el tiempo del craving en pacientes en proceso de cesación tabáquica, así como las variables que influyen en su duración e intensidad.

**Material y métodos:** Se reclutaron 341 pacientes que iniciaron el proceso de cesación tabáquica en la Unidad de Tabaquismo. Se utilizó el MNWS (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale) autocumplimentada por los pacientes diariamente durante 60 días. Las variables analizadas fueron género, edad, medio de residencia, cigarrillos/día e IPA, puntuación del NDFT, marcadores biológicos del consumo (CO y cotinina), Tratamiento recibido (vareniclina, bupropión, TSN y conductual (TC), y el éxito/fracaso.

**Resultados:** Se incluyeron 341 pacientes, 176 v y 165 m; edad media de 50,1 ± 9,4 años. El 71% residían en medio urbano. Todos realizaron terapia conductual (TC), el 30% la combinaron con TSN, el 59% con vareniclina y el 4,1% con bupropion. La abstinencia puntual a los 2 meses fue del 93,5%. La media de cig/día fue 22,4 ± 11 y el IPA 34,8 ± 21. El valor medio de CO fue 19,3 ± 13 ppm y la cotinina 328 ± 146,8 ng/ml. La media del NDFT fue de 6,1 ± 2 puntos. No se encontraron diferencias en el craving en relación al medio de residencia ni género. Se observó mejoría más rápida en el craving en los pacientes más jóvenes, y en los que recibieron TC combinado con tratamiento farmacológico, frente a los que solo recibieron TC, y dentro del tratamiento farmacológico, experimentaron antes mejoría los tratados con vareniclina seguidos de los tratados con TSN, pero a los 30 y 60 días el bupropión obtuvo menor valor de craving (fig.). En relación con la dependencia, los pacientes con dependencia moderada y alta mejoraron el nivel de craving antes que los pacientes con baja dependencia.

**Conclusiones:** En nuestros pacientes, el craving es el síntoma del SAN, medido por el MNWS, que mayor puntuación obtuvo al inicio del estudio, presentando una reducción significativa a partir del 4º día de



Evolución del craving en función del tratamiento recibido para la cesación tabáquica.

cesación. Los pacientes con mayor nivel de dependencia refieren mayor nivel de *craving* al inicio de la cesación, aunque también son los que antes experimentan mejoría. En la mejoría del *craving*, el tratamiento que obtiene mejoría más rápida es la vareniclina, en combinación con TC, seguido de la asociación de TC con TSN, mientras que el bupropión es el tratamiento con mayor efecto sobre el *craving* al final del seguimiento.

## TÉCNICAS Y TRASPLANTE

### FUNCIÓN PULMONAR

#### 230. ANÁLISIS DE PACIENTES ESTUDIADOS MEDIANTE CICLOERGOMETRÍA POR DISNEA DE ORIGEN INEXPLICABLE

K.H. Liendo Martínez<sup>1</sup>, P.A. Benedetti<sup>1</sup>, Á. Gómez Sacristán<sup>1</sup>, G. Manzanares Cavin<sup>1</sup>, B. Recio Moreno<sup>2</sup>, I. Domínguez Zabaleta<sup>1</sup>, Z. Ji<sup>1</sup>, J. García de Pedro<sup>1,3</sup>, L. Puente Maestu<sup>1,3</sup> y W.I. Girón Matute<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

<sup>2</sup>Hospital Campo Grande, Valladolid, España. <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

**Introducción:** La cicloergometría consiste en el análisis de la adaptación fisiológica del organismo al ejercicio, al implementar una carga muscular externa progresiva. Su principal utilidad se ve al estudiar pacientes con disnea sin causa explicada por otras pruebas complementarias. Determina la capacidad aeróbica funcional, si aparecen síntomas respiratorios, musculares o manifestaciones cardiovasculares como respuesta al estrés muscular y a qué nivel de estrés se desarrollan, siendo posible intentar estimar una posible etiología. La principal importancia al realizar la prueba es cumplir criterios que demuestren que el estrés al que fue sometido el paciente fue suficiente como para que la producción de energía aeróbica este suplementada por mecanismos anaeróbicos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de adultos que acudieron al laboratorio de pruebas funcionales respiratorias de un hospital de tercer nivel para realización de cicloergometría respiratoria por estudio de disnea de origen inexplicable.

**Resultados:** Se incluyeron 49 pacientes siendo la media de edad de 58 años (DE 12) y el 69,4% (34) eran mujeres. En cuanto a comorbilidades el 45%(22) tenía un índice de Charlson menor a 1 y el 40% (20) eran obesos. Se realizó espirometría, test broncodilatador y test de difusión de los cuales el 96% estaban dentro del rango de referencia. Dentro de los parámetros estudiados durante la prueba a destacar que la media de potencia máxima alcanzada fue de 114 vatios (DE 35), la media de consumo máximo de oxígeno por kilogramo de peso fue de 17,5 (DE 4,3), el 75% de los pacientes llegó al umbral láctico (> 40% del consumo de oxígeno), 94% de los pacientes tuvieron un aumento del lactato con el esfuerzo mientras que 88% de los pacientes presentaron un equivalente de CO<sub>2</sub> en el umbral láctico menor del 35. 23 (46,9%) pacientes finalizaron la prueba por cansancio de piernas y 19 (38,8%) por disnea, mientras que 2 tuvieron manifestaciones cardiovasculares que obligaron al examinador a detener la prueba. Dentro de los diagnósticos arrojados a destacar 21 pacientes (47,7%) con probable causa cardiovascular, 3 (6,8%) patología vascular pulmonar, 4 desentrenamiento (9,1%), 6 (13,6%) tuvieron causas multifactoriales de su disnea y 7 (15,9%) tuvieron una prueba normal.

**Conclusiones:** La ergometría respiratoria es un arma diagnóstica de gran utilidad para el estudio de disnea de origen inexplicable, siendo capaz de proponer una hipótesis de la causa de disnea para encaminar el estudio en un 84,1% de los pacientes.

#### 136. CORRELACIÓN ENTRE PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA Y PRUEBA DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS EN PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA

P. Fernández Álvarez, B. García Pulido, Á. Romero Suárez, V. Zúñiga Arebalo, J. Allende González, J.A. Gullón Blanco, F.J. Álvarez Navascués, M.Á. Villanueva Montes, A.M. Gómez Arenas, C. Osoro Suárez, A.A. Sánchez Antuña y M.Á. Martínez Muñoz

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

**Introducción:** El objetivo del presente estudio fue analizar, en un grupo de pacientes con enfermedades obstructivas de la vía aérea, las correlaciones entre los datos obtenidos en las pruebas de función respiratoria (PFR) y los registrados en la prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M), así como la influencia de algunos factores en el resultado de esta última.

**Material y métodos:** Se estudiaron pacientes con enfermedades obstructivas que habían realizado el mismo día PFR y PM6M entre el 01/01/2020 y el 30/11/2021. En cada caso se recogieron datos antropométricos, clínicos (obesidad definida como IMC mayor o igual a 30, comorbilidad, presencia de enfisema) y de función respiratoria. Estos últimos incluyeron medida de volúmenes, capacidades y resistencia de la vía aérea (pletismografía), difusión (dilución de gases inertes) y los obtenidos en una prueba de la marcha de 6 min (distancia recorrida, SpO<sub>2</sub>, frecuencia máxima alcanzada, disnea (escala de Borg) y fatiga de MMII (escala de Borg). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS, calculando el coeficiente de correlación lineal de Pearson (r<sub>XY</sub>) para variables cuantitativas y t de Student para comparación de medias (se comprobó distribución normal de la muestra en la prueba de Kolmogorov-Smirnov), asignando significación estadística a p < 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 37 pacientes con una edad media de 61,3 años (DE 8,02), 14 (38%) del sexo femenino y 23 (62%) del masculino. Presentaban obesidad 8 pacientes (21,6%), cardiopatía 15 (40,5%) y enfisema 29 (78,4%). En la tabla 1 se detallan los coeficientes de correlación y significación estadística entre diversos parámetros y la distancia recorrida en la PM6M. La tabla 2 muestra resultados de la PM6M en función de la presencia o no de obesidad, enfisema o cardiopatía.

**Conclusiones:** 1. Los volúmenes y capacidades que muestran correlación significativa con la distancia recorrida en la PM6M son los que reflejan atrapamiento aéreo, IC y RV, pero expresados como porcentaje de la TLC. 2. El FEV<sub>1</sub> y la TLC (ambos en porcentaje sobre su valor teórico) no guardan correlación significativa con la distancia recorrida en la PM6M. 3. En la muestra estudiada el grado de disnea al final

Tabla 1. Correlación con la distancia recorrida en la PM6M.

|                | r <sub>xy</sub> | p     |
|----------------|-----------------|-------|
| FEV1 %         | 0,12            | 0,26  |
| RV %           | -0,291          | 0,08  |
| TLC %          | 0,051           | 0,76  |
| (RV/TLC) x 100 | -0,48           | 0,003 |
| IC %           | 0,307           | 0,06  |
| (IC/TLC) x 100 | 0,402           | 0,001 |

Tabla 2. Resultados de la PM6M según IMC, presencia de enfisema y cardiopatía.

|             | Distancia (m) | p     | B disnea F | p   | B disnea F-I | p   | FC máx (%) | p    |
|-------------|---------------|-------|------------|-----|--------------|-----|------------|------|
| Enfisema    | Sí            | 391,2 | 4,8        | 3,7 | 64,6         |     |            |      |
|             | No            | 407,5 | 0,7        | 4,9 | 0,9          | 4,1 | 0,6        | 70,9 |
| IMC         | ≥30           | 335,2 | 5,7        | 5,1 | 73,5         |     |            |      |
|             | <30           | 411,2 | 0,07       | 4,5 | 0,02         | 3,4 | 0,06       | 63,9 |
| Cardiopatía | Sí            | 403,2 | 5,4        | 4,4 | 63,1         |     |            |      |
|             | No            | 378,1 | 0,42       | 4,5 | 0,31         | 3,1 | 0,16       | 66,1 |

Distancia: Distancia recorrida en la PM6M

B disnea F: Borg disnea al final de la prueba

B disnea F-I: Diferencia entre Borg disnea al final y al inicio de la prueba

FC max (%): Frecuencia cardíaca máxima (% de frecuencia máxima teórica)