

# Prevención del Tabaquismo

Volumen 23 · Número 1 · Enero/Marzo 2021

Área de Tabaquismo  
de la Sociedad Española  
de Neumología y Cirugía Torácica

## sumario

### Editorial

**El papel del farmacéutico comunitario en el abordaje del tabaquismo**

*Navidad Sánchez Marcos*

### Originales

**Adherencia al tratamiento farmacológico del tabaquismo y factores predictores en un escenario no financiado**

*Carlos Rábade Castedo, Tara Pereiro Brea, Romina Abelleira Paris, Tamara Lourido Cebreiro, Nuria Rodríguez Núñez, Luis Valdés Cuadrado*

**Tabaquismo y relación con estilos de vida en una consulta de Atención Primaria**

*Isabel Roig Grau, Ramon Rodríguez Roig, Anna Delgado Juncadella, Joan Anton González Valero, Domingo Rodríguez Sotillo, Irene Rodríguez Martín*

### Caso Clínico

**Trastorno bipolar y deshabitación tabáquica: a propósito de dos casos clínicos**

*Elvira Canosa Santos, Pablo Mascareñas Pazos, Carlos Rábade Castedo*

### Cartas al Director

**Pandemia por COVID-19, ¿nueva oportunidad para concienciar sobre el abandono de las diversas formas de consumo de tabaco?**

*María Betrán Orduna, María Fernando Moreno, Virginia Moya Álvarez*

### Más allá del COVID-19

*María Lourdes Clemente Jiménez, Javier Gómez Marcos*

### Normas de Publicación



# Prevención del Tabaquismo



Sociedad Española  
de **Neumología**  
y **Cirugía Torácica**  
SEPAR



**ALAT**  
Asociación Latinoamericana de Tórax  
Associação Latino-americana do Tórax



**SPP**  
SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE PNEUMOLOGIA

## Prevención del Tabaquismo

### Directora

E.B. de Higes Martínez (*Hospital Fundación Alcorcón, Madrid*)

### Director Adjunto

C. Rábade Castedo (*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña*)

### Comité de Redacción

L. Barradas (*Sociedade Portuguesa de Neumologia*)

M. Barrueco Ferrero (*Profesor Titular. Universidad de Salamanca*)

A. Pérez Trullén (*Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza*)

S. Solano Reina (*Servicio de Neumología. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid*)

B. Valencia Azcona (*Hospital Quirón Málaga*)

G. Zabert (*Asociación Latinoamericana del Tórax, Argentina*)

### Comité Asesor

E. Álvarez Gutiérrez (*Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*)

C. Bartolomé Moreno (*Medicina Familiar y Comunitaria*)

F.J. Callejas González (*Servicio de Neumología. Hospital de Albacete*)

T. Casamitja Sot (*Servicio de Neumología. Hospital Josep Trueta, Gerona*)

J.M. Carreras Castellet (*Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz-Carlos III, Madrid*)

E. Carrión Valero (*Universidad de Valencia*)

A. Cascales García (*Servicio de Neumología. Hospital Can Misses, Ibiza*)

M.L. Clemente Jiménez (*Medicina Familiar y Comunitaria*)

J.I. de Granda Orive (*Hospital 12 de Octubre, Madrid*)

J.L. Díaz-Maroto Muñoz (*Medicina Familiar y Comunitaria*)

M. García Rueda (*Servicio de Neumología. Hospital Carlos Haya, Málaga*)

C.A. Jiménez Ruiz (*Unidad Especializada de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid*)

L. Lázaro Asegurado (*Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario de Burgos*)

J.J. Lorza Blasco (*Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario de Navarra*)

M.A. Martínez Muñoz (*Servicio de Neumología. Hospital San Agustín de Avilés*)

I. Nerín de la Puerta (*Universidad de Zaragoza*)

J.F. Pascual Lledó (*Servicio de Neumología. Hospital General de Alicante*)

P. Plaza Valía (*Servicio de Neumología. Hospital Doctor Peset, Valencia*)

J.A. Riesco Miranda (*Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres*)

J.L. Rodríguez Hermosa (*Universidad Complutense de Madrid*)

J. Signes-Costa Miñana (*Servicio de Neumología. Hospital Clínico de Valencia*)

M. Torrecilla García (*Medicina Familiar y Comunitaria*)

### Coordinación Editorial

C. Rodríguez Fernández



#### Comité Científico

R. Abengozar Muela (Toledo)  
J.L. Álvarez-Sala Walther (Madrid)  
J. Astray Mochales (Madrid)  
F.J. Callejas González (Albacete)  
M<sup>a</sup>.P. Cascán Herrero (Zaragoza)  
R. Castro Córdoba (Costa Rica)  
A. Cicero Guerrero (Madrid)  
M.I. Cristóbal Fernández (Madrid)  
P. de Lucas Ramos (Madrid)  
J.M. Díez Piña (Madrid)  
E. Fernández (Barcelona)  
S. Flórez Martín (Madrid)  
C. García de Llanos (Las Palmas)  
A. García Hidalgo (Cádiz)  
I. García Merino (Madrid)  
R. González Sarmiento (Salamanca)  
J. Grávalos Guzmán (Huelva)  
A. Guirao García (Madrid)  
M.A. Hernández Mezquita (Cáceres)  
A. Khalaf Ayash (Castellón)  
J. López García (Las Palmas)  
F.L. Márquez Pérez (Badajoz)  
J.M. Martín Moreno (Alicante)  
F. Martínez (Valladolid)  
M. Mayayo Ulibarri (Madrid)

M. Pau Pubil (Zaragoza)  
L. Pérez Negrín (S.C. Tenerife)  
A.M<sup>a</sup>. Quintas Rodríguez (Madrid)  
A. Ramos Pinedo (Madrid)  
F.B. Ramos Postigo (Murcia)  
F. Rodríguez de Fonseca (Málaga)  
E. Ruiz de Gordejuela (Bilbao)  
E. Saltó i Cerezuela (Barcelona)  
A. Santacruz Siminiami (Murcia)  
J.C. Serrano Rebollo (Toledo)  
A. Souto Alonso (La Coruña)  
B. Steen (Madrid)  
P. Vaquero Lozano (Madrid)

#### Consultores Internacionales

E. Bianco (Uruguay)  
D. Bujulbasich (Argentina)  
J.M. Chatkin (Brasil)  
J.F. Etter (Suiza)  
M. Fiore (EE.UU.)  
C. Gratziou (Grecia)  
A. Guerreros Benavides (Perú)  
R. Hurt (EE.UU.)  
K.O. Fagerström (Suecia)  
P. Hajek (Reino Unido)  
C.R. Jaen (EE.UU.)

A. Johnston (EE.UU.)  
S. Lühning (Córdoba, Argentina)  
S. Nardini (Italia)  
R. Pendino (Rosario, Argentina)  
J. Precioso (Portugal)  
S. Rávara (Portugal)  
V. San Martín (Paraguay)  
R. Sansores (México)  
P. Tonnesen (Dinamarca)  
L. Vejar (Chile)  
F. Verra (Argentina)  
L. Webbe (Argentina)

#### Consultores Eméritos

N. Altet Gómez  
C. Escudero Bueno (Oviedo)  
M. Dale (EE.UU.)  
M. Kunze (Austria)  
J.M. González de Vega (Granada)  
J. Sala Felís (Oviedo)  
L. Sánchez Agudo (Madrid)  
V. Sobradillo Peña (Bilbao)  
H. Vereza Hernando (La Coruña)  
J.L. Viejo Bañuelos (Burgos)



Sociedad Española  
de **Neumología**  
y **Cirugía Torácica**  
SEPAR



**ALAT**  
Asociación Latinoamericana de Tórax  
Associação Latino-americana do Tórax



**SPP**  
SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE PNEUMOLOGIA

## Junta Directiva SEPAR

### Presidente

C.A. Jiménez Ruiz (Madrid)

### Vicepresidente Cirujano Torácico

P. Rodríguez Suárez (Las Palmas de Gran Canaria)

### Vicepresidente Neumólogo

G. Peces-Barba Romero (Madrid)

### Secretaria General

C. Diego Roza (A Coruña)

### Vicesecretario-Tesorero

S. Solano Reina (Madrid)

## Coordinadores Áreas

### Asma

M. Blanco Aparicio (A Coruña)

### Circulación pulmonar

A. García Ortega (Valencia)

### Cirugía Torácica

I. Royo Crespo (Zaragoza)

### Enfermería Respiratoria

D. Díaz Pérez (Sta. Cruz de Tenerife)

### EPID

C. Valenzuela (Madrid)

### EPOC

J.L. López-Campos Bodineau (Sevilla)

### EROM

C. Martínez González (Oviedo)

### Fisioterapia respiratoria

A. Balañá Corberó (Barcelona)

### Neumología Pediátrica

A. Moreno Galdó (Barcelona)

### Oncología Torácica

J.C. Trujillo Reyes (Barcelona)

## Tabaquismo

J. Signes-Costa Miñana (Valencia)

### Técnicas y Trasplante Pulmonar

M.R. Cordovilla Pérez (Salamanca)

### TIR

D. de la Rosa Carrillo (Barcelona)

### TRS-VM-CRC

O. Mediano San Andrés (Guadalajara)

## Área Tabaquismo

### Coordinador

J. Signes-Costa Miñana (Valencia)

### Secretario

R. Sandoval Contreras (Alicante)

### Vocales

C.A. Amado Diago (Cantabria)

M.I. Gorordo Unzueta (Vizcaya)

### Coordinador para la web

J.I. de Granda Orive (Madrid)

## Foro Autonómico de Tabaquismo de la SEPAR

### Presidente

C.A. Jiménez Ruiz (Madrid)

### Presidente electo

F. García Río (Madrid)

### Sociedades Científicas integrantes

#### AIRE

A. Muñoz (Ibiza)

#### ASTURPAR

M.A. Martínez Muñiz (Oviedo)

#### NEUMOCAN

R. Pitti Pérez (Santa Cruz de Tenerife)

#### NEUMOMADRID

M. Arroyo Cózar (Madrid)

#### NEUMOSUR

E. Cabrera César (Málaga)

#### SADAR

A. Pérez Trullén (Zaragoza)

#### SEAR

L. Cañón Barroso (Badajoz)

#### SOCALPAR

L. Lázaro Asegurado (Burgos)

#### SOCAMPAR

G. Francisco Corral (Ciudad Real)

#### SOCAP

J.A. Castillo Vizuete (Barcelona)

#### SOGAPAR

C. Rábade Castedo (A Coruña)

#### SOMUPAR

L. Paz González (Murcia)

#### SVNEUMO

E. Pastor Esplá (Alicante)

#### SVNPAR

E. Rueda de Gordejuela Saén (País Vasco)

J.J. Lorza Blasco (Navarra)

## Comité ejecutivo Área de Tabaquismo de la SEPAR

J. Signes-Costa Miñana (Valencia)

R. Sandoval Contreras (Alicante)

C.A. Amado Diago (Cantabria)

M.I. Gorordo Unzueta (Vizcaya)

### Representantes del Grupo

#### Emergente

C. Rábade Castedo (A Coruña)

E.B. de Higes Martínez (Madrid)

### Representante del Programa de Investigación Integrada de Tabaquismo

A. Pérez Trullén (Zaragoza)

### Representante de la Revista Prevención del Tabaquismo

S. Solano Reina (Madrid)



# Prevención del Tabaquismo

Volumen 23 · Número 1 · Enero/Marzo 2021

Área de Tabaquismo  
de la Sociedad Española  
de Neumología y Cirugía Torácica

## sumario

### Editorial

- 9 El papel del farmacéutico comunitario en el abordaje del tabaquismo  
*Navidad Sánchez Marcos*

### Originales

- 12 Adherencia al tratamiento farmacológico del tabaquismo y factores predictores en un escenario no financiado  
*Carlos Rábade Castedo, Tara Pereiro Brea, Romina Abelleira Paris, Tamara Lourido Cebreiro, Nuria Rodríguez Núñez, Luis Valdés Cuadrado*
- 19 Tabaquismo y relación con estilos de vida en una consulta de Atención Primaria  
*Isabel Roig Grau, Ramon Rodríguez Roig, Anna Delgado Juncadella, Joan Anton González Valero, Domingo Rodríguez Sotillo, Irene Rodríguez Martín*

### Caso Clínico

- 29 Trastorno bipolar y deshabitación tabáquica: a propósito de dos casos clínicos  
*Elvira Canosa Santos, Pablo Mascareñas Pazos, Carlos Rábade Castedo*

### Cartas al Director

- 32 Pandemia por COVID-19, ¿nueva oportunidad para concienciar sobre el abandono de las diversas formas de consumo de tabaco?  
*María Betrán Orduna, María Fernando Moreno, Virginia Moya Álvarez*
- 34 Más allá del COVID-19  
*María Lourdes Clemente Jiménez, Javier Gómez Marcos*

- 36 Normas de Publicación

# Prevencción del Tabaquismo

23012021  
Volume 23 · Number 1 · January/March 2021

Área de Tabaquismo  
de la Sociedad Española  
de Neumología y Cirugía Torácica

## summary

### Editorial

- 9 **The role of the community pharmacist in the approach to smoking habit**  
*Navidad Sánchez Marcos*

### Original articles

- 12 **Adherence to smoking cessation drug treatment and predictive factors in an unfunded setting**  
*Carlos Rábade Castedo, Tara Pereiro Brea, Romina Abelleira Paris, Tamara Lourido Cebreiro, Nuria Rodríguez Núñez, Luis Valdés Cuadrado*
- 19 **Smoking habit and relation with style of life in a Primary Care visit**  
*Isabel Roig Grau, Ramon Rodríguez Roig, Anna Delgado Juncadella, Joan Anton González Valero, Domingo Rodríguez Sotillo, Irene Rodríguez Martín*

### Clinical Case

- 29 **Bipolar disorder and smoking cessation: based on two clinical cases**  
*Elivia Canosa Santos, Pablo Mascareñas Pazos, Carlos Rábade Castedo*

### Letters to the Director

- 32 **COVID-19 Pandemic: New opportunity to raise awareness on cessation of the different forms of smoking?**  
*María Betrán Orduna, María Fernando Moreno, Virginia Moya Álvarez*
- 34 **Beyond COVID-19**  
*María Lourdes Clemente Jiménez, Javier Gómez Marcos*

- 36 **Publication norms**

# El papel del farmacéutico comunitario en el abordaje del tabaquismo

N. Sánchez Marcos

9

*Farmacéutica Comunitaria. Miembro del Grupo de Respiratorio y Tabaquismo de la SEFAC. Madrid.*

En la actualidad existen más de 22.000 farmacias comunitarias repartidas por todo el territorio nacional, garantizando el acceso a los medicamentos y la atención farmacéutica a la población española, incluso durante la pandemia por COVID-19, momento en el que, a pesar de las dificultades, las farmacias comunitarias han seguido abiertas y ofreciendo sus servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) a la población.

Actualmente, el tabaquismo sigue siendo la primera causa de muerte evitable en países desarrollados, siendo la principal causa de morbimortalidad de nuestro país<sup>(1)</sup>. Cada año en España el consumo de tabaco es responsable de la muerte de más de 50.000 personas<sup>(2)</sup>.

A diario, 2,3 millones de usuarios acuden a las farmacias, por tanto, la implicación del farmacéutico comunitario (FC) en el abordaje del tabaquismo es vital ya que, por su disponibilidad, formación, cercanía, accesibilidad y confianza le permiten acceder a un importante número de personas.

El papel del FC en el tabaquismo va desde la prevención y promoción de la salud, como parte de los servi-

cios relacionados con la salud comunitaria, intentando impedir o retrasar el inicio de consumo de tabaco y/o productos derivados, hasta el desarrollo del SPFA de cesación tabáquica en el que se ayuda y acompaña a los pacientes en el proceso de abandono de consumo.

Cualquier profesional sanitario en contacto con el paciente debe hacer intervenciones dirigidas a promover el cese del tabaquismo. La intervención breve, respetando el estado del paciente en relación con su voluntad de dejar de fumar, pero promoviendo su evolución hacia la fase de acción, es siempre positiva. Es necesario aprovechar cada contacto con el paciente fumador para recordarle los beneficios de dejar de fumar sobre su salud, así como felicitar a aquellos pacientes que ya lo han conseguido y son, por tanto, exfumadores, con el objetivo de fortalecer su confianza y prevenir las posibles recaídas.

En la farmacia comunitaria, debido al grado de frecuentación de los usuarios, se disponen de innumerables ocasiones para la atención del paciente fumador. El farmacéutico, mediante tres preguntas sencillas, breves y protocolizadas, puede conocer el estado del paciente, así como darle a conocer que puede ayudarle.

*¿Fuma usted? ¿Alguna vez ha pensado en dejarlo?  
¿Quiere que le ayudemos?*

Con este sencillo gesto y su registro en la historia clínica del paciente, el FC puede colaborar en el abordaje y detección de las comorbilidades que presentan los pacientes y a que el propio paciente empiece a planearse dejar de fumar.

---

### Correspondencia:

Navidad Sánchez Marcos. Farmacia Navidad Sánchez Marcos. Avenida Navarronda, 20. San Sebastián de los Reyes, Madrid.  
E-mail: navismarcos@gmail.com

Recibido: 8 de mayo de 2021 Aceptado: 14 de mayo de 2021.  
Prev Tab. 2021; 23(1): 9-11

Estas tres preguntas se deberían realizar en cualquier SPFA que esté desempeñando el farmacéutico, desde la dispensación de medicamentos prescritos para el tratamiento de patologías diagnosticadas, como en la indicación farmacéutica para la resolución de síntomas menores, en el seguimiento farmacoterapéutico o la conciliación de la medicación tras el paso del paciente por distintos niveles asistenciales, entre otros<sup>(3)</sup>.

Durante el proceso de dispensación resulta imprescindible preguntar por el tratamiento no farmacológico prescrito para sus patologías a los pacientes que acuden a la farmacia a retirar su medicación, ya que muchos de ellos no son adherentes a cambios de hábitos de vida: mejor alimentación, incremento del ejercicio físico y abandono de consumo de tóxicos. Cabe destacar que el abandono de consumo de tabaco en ocasiones es el mejor tratamiento posible debido al efecto positivo que supone en la evolución de su enfermedad, como por ejemplo ocurre en los pacientes fumadores con EPOC.

Conocer el consumo o no de tabaco es fundamental en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, ya que presenta interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas con múltiples fármacos, por lo que es necesario tenerlo en cuenta tanto en la revisión del uso de los medicamentos como en aquellos casos en los que sea necesario un reajuste de dosis; por ejemplo en los pacientes insulinizados tras la eliminación del consumo de tabaco, contribuyendo así a asegurar la eficacia y seguridad de los tratamientos prescritos<sup>(4)</sup>.

El hecho de que un paciente acuda a la farmacia con un tratamiento prescrito por su médico, o que esté dentro de un programa de seguimiento para el abandono del consumo de tabaco, no exime al farmacéutico de su labor asistencial e implicación en el tabaquismo, ya que cuantos más profesionales sanitarios formados intervengan existen más probabilidades de abstinencia a largo plazo. El abordaje multidisciplinar (médicos, farmacéuticos, odontólogos, psicólogos, enfermeros, etc.) es fundamental y aumenta las probabilidades de éxito a largo plazo.

La adherencia terapéutica, al igual que en otras muchas patologías, es la asignatura pendiente de muchos pacientes, y en el tratamiento del tabaquismo también, por lo que son necesarias intervenciones dirigidas a mejorar el nivel de cumplimiento de los pacientes, detectando e interviniendo sobre los posibles efectos adversos derivados del uso de los medicamentos para dejar de fumar, que pueden llevar a la interrupción

del tratamiento y que, en muchas ocasiones, pueden solucionarse con pequeñas modificaciones en la pauta y forma de administración.

El paciente fumador también puede abordarse desde el SPFA de indicación farmacéutica en los casos en los que demande un tratamiento para dejar de fumar, según el protocolo de Foro de Atención Farmacéutica<sup>(3)</sup> y tras la evaluación del farmacéutico cuando considere que el paciente se puede beneficiar del uso de Terapia Sustitutiva con Nicotina simple o combinada. En este caso, el farmacéutico se asegura de que el paciente conoce: ¿para qué es? (indicación terapéutica), ¿cómo y cuándo se usa? (vía de administración y técnica de uso), ¿durante cuánto tiempo? (posología y duración del tratamiento), incompatibilidades (alergias, embarazo/lactancia, otros medicamentos) y que no cumple criterios de derivación al médico.

El SPFA de cesación tabáquica consiste en la individualización, apoyo y acompañamiento al fumador durante todo el proceso mediante la realización periódica de entrevistas clínicas entre el paciente y el farmacéutico, en las que este recoge la historia tabáquica y otros datos como patologías y fármacos que toma el fumador, proporcionándole soporte farmacológico y/o consejos cognitivo conductuales, informando, motivando, monitorizando, interviniendo y ayudando, según las necesidades, con el fin de conseguir que el fumador deje de fumar<sup>(5)</sup>. Este servicio desarrollado y avalado por la capacitación CESAR<sup>(5,6)</sup> de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), así como su protocolo y documento de derivación está consensuado con las sociedades científicas SEPAR, SEMFYC, SEMERGEN, SEMG y SEDET.

A pesar de las regulaciones y medidas implantadas de restricciones de consumo de tabaco en lugares de trabajo, restaurantes y determinados espacios públicos y de la financiación de algunos fármacos para dejar de fumar, el consumo de tabaco en España aún se sitúa en torno al 24% para la población mayor de 15 años, correspondiente a un 22% de fumadores diarios y a un 2% de ocasionales. Estas cifras, junto a que ante la pregunta “¿le gustaría dejar de fumar si fuera fácil?” más del 50% de los fumadores responden afirmativamente y que no existe consumo seguro de tabaco, ya que con un solo cigarrillo al día se produce la mitad del daño cardiovascular que con el consumo de un paquete<sup>(7)</sup>, reflejan la necesidad de que el FC, como agente de salud formado y capacitado, se implique en el abordaje del tabaquismo.

El FC puede y debe ayudar al paciente a dejar de fumar, tanto al “fumador sano” como al paciente crónico, trabajando la motivación de los pacientes, promoviendo hábitos de vida saludables y ofreciendo su apoyo y ayuda ante las recaídas, acompañando al paciente a lo largo de su proceso, ofreciendo distintas herramientas para la superación de situaciones que pudieran desencadenar de nuevo el consumo de tabaco o productos derivados mediante tratamiento farmacológico y/o terapia cognitivo/conductual de manera individualizada y durante, al menos, 12 meses de abstinencia, tiempo tras el cual se puede considerar al paciente como *exfumador*.

El tabaquismo es un problema de salud pública cuyo riesgo asociado se reduce con la cesación, por lo que el FC como profesional sanitario debe ofrecer su ayuda a todos los pacientes afectados por el consumo de tabaco que acuden a diario a las farmacias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo, 3ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.; 2011.
2. CNPT. Declaración de Madrid 2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España. Disponible en: <https://www.cnpt.es/assets/docs/noticias/20.pdf>
3. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019.
4. Aguiló Juanola MC. Actualización en el abordaje del tabaquismo. Interacciones del tabaco con los tratamientos farmacológicos. Med Balear. 2018; 33(3): 35-40.
5. Gómez JC, Mendoza A, Plaza J, Gaztelurrutia L, Cebrián S, Baixauli VJ. Documento de especificaciones del Servicio de Cesación Tabáquica en Farmacia Comunitaria, 2ª ed. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Clínica Familiar y Comunitaria. SEFAC; 2020.
6. Gómez JC, Mendoza A, Rubio M, Serrano A, Plaza J, Gaztelurrutia L. Impacto del servicio profesional farmacéutico de cesación tabáquica en la farmacia comunitaria. Estudio CESAR. Farmacéuticos Comunitarios. 2018; 10 (Suppl 1): 370.
7. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenkovic D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. BMJ. 2018; 360: j5855.

# Adherencia al tratamiento farmacológico del tabaquismo y factores predictores en un escenario no financiado

12

C. Rábade Castedo<sup>1</sup>, T. Pereiro Brea<sup>2</sup>, R. Abelleira Paris<sup>1</sup>, T. Lourido Cebreiro<sup>1</sup>, N. Rodríguez Núñez<sup>1</sup>, L. Valdés Cuadrado<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España. <sup>3</sup>Grupo Interdisciplinar de Investigación en Neumología. Fundación Instituto de Investigación de Santiago (FIDIS), Santiago de Compostela, España.

## RESUMEN

**Antecedentes y objetivo.** Las intervenciones de deshabituación basadas en el asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico han demostrado ser las más eficaces para abandonar el tabaco. La terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina son los tratamientos farmacológicos de primera elección que han demostrado una mayor seguridad y eficacia, triplicando las posibilidades de cesación tabáquica. Sin embargo, en un escenario no financiado, el grado de adherencia a estos fármacos es bajo. Por todo ello, el objetivo del estudio es analizar la adherencia a dichos fármacos y los factores predictores de ella.

**Pacientes y métodos.** Estudio transversal de una cohorte de 660 fumadores reclutados entre 2013 y 2017 en un área sanitaria de Galicia incluidos en programas de deshabituación tabáquica. Se analizan las características de los pacientes y el porcentaje de adherencia a los fármacos de cesación tabáquica.

**Resultados.** Un 35% de los fumadores que acuden a consultas de deshabituación tabáquica en nuestra área sanitaria no retiran el fármaco previamente prescrito. Son factores predictores de adherencia a fármacos de deshabituación tabáquica: estar en fase de preparación OR: 4,06 IC95% (1,58-6,39) p=0,003; realizar intentos previos de abandono en el último año OR: 5,3 IC95% (1,3-7,1) p=0,016; uso de fármacos previamente OR: 4,16 IC95 (1,7-6,2) p=0,0003; o el número de consultas: OR: 1,6 IC95% (1,26-2,05) p=0,000.

**Conclusiones.** La adherencia al tratamiento del tabaquismo es mejorable en nuestra área sanitaria. La fase de abandono del fumador, los intentos previos con tratamientos farmacológicos y la intensidad de la intervención son factores que se asocian a su implementación.

**Palabras clave:** Adherencia; Deshabituación tabáquica; Fármacos.

## Correspondencia:

Dr. Carlos Rábade Castedo. Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela, Travesía da Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela, A Coruña. España.  
E-mail: carlos.rabade.castedo@sergas.es

Recibido: 14 de diciembre de 2020. Aceptado: 15 de enero de 2021.  
Prev Tab. 2021; 23(1): 12-18

## ABSTRACT

**Backgrounds and objective.** The smoking cessation interventions based on psychological advice and drug treatment have been shown to be the most effective to stop smoking. Nicotine replacement therapy, bupropion and varenicline are the drug treatments of

first choice that have demonstrated better safety and efficacy, tripling the possibilities of smoking cessation. However, in an unfinanced setting, the degree of adherence to these drugs is low. Therefore, the objective of the study is to analyze adherence to said drugs and the predictive factors of it.

**Patients and methods.** Cross-sectional study of a cohort of 660 smokers recruited between 2013 and 2017 in a health care area of Galicia enrolled in smoking cessation programs. The characteristics of the patients and percentage of adherence to the smoking cessation drugs are analyzed.

**Results.** A total of 35% of smokers who come to the smoking cessation consultations in our health care area do not obtain the previously prescribed drug. Predictive factors of adherence to smoking cessation drugs are: being in the preparation phase: OR: 4.06 95% CI (1.58-6.39)  $p=0.003$ , having made previous attempts to stop smoking in the last year: OR: 5.3 95% CI (1.3-7.1)  $p=0.016$ , previous use of drug: OR: 4.16 95% CI (1.7-6.2)  $p=0.0003$  or number of consultations: OR: 1.6 95% CI (1.26-2.05)  $p=0.000$ .

**Conclusions.** Adherence to treatment of smoking cessation can be improved in our health care area. The cessation phase of the smoker, previous attempts with drug treatments and intensity of the intervention are the factors associated to its implementation.

**Key words:** Adherence; Smoking cessation; Drugs.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es causa de mortalidad en más de 7 millones de personas cada año<sup>(1)</sup>. El tabaco es el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Su cese es el paso más importante en la prevención de estas enfermedades. La mayoría de las guías recomiendan identificar a los fumadores, ofrecerles un breve consejo para dejar de fumar, que se les evalúe la motivación y se les ofrezca ayuda para dejar de fumar con terapia conductual personalizada y terapia farmacológica<sup>(2,3)</sup>. La mayoría de ellas recomiendan el uso de las "5 A's" (*ask, advise, assess, assist, arrange*) para guiar la breve intervención<sup>(2)</sup>. Las terapias farmacológicas utilizadas contra la adicción a la nicotina son el enfoque principal en el tratamiento. Múltiples metaanálisis muestran que los diferentes medicamentos utilizados para dejar de

fumar, como las terapias de reemplazo de nicotina o vareniclina, son al menos dos veces más efectivos que el placebo<sup>(4)</sup>. No obstante, más del 40% de los pacientes no se adhieren a las prescripciones terapéuticas por diferentes razones<sup>(5)</sup> (la ausencia de financiación de medicamentos por parte del sistema de salud, el temor a los efectos secundarios, el rechazo de los pacientes a tomar tratamientos, etc.), lo que dificulta seriamente estas intervenciones. Se define la adherencia terapéutica como la magnitud con que un paciente sigue las instrucciones médicas en la toma de medicamentos (en este caso, que coincida con las instrucciones proporcionadas por el médico u otro personal de salud)<sup>(6)</sup>. Se recomienda que la participación de los pacientes sea activa y voluntaria para llegar a un acuerdo médico-paciente, cuyo objetivo sea producir un resultado terapéutico adecuado<sup>(7)</sup>.

Por todo ello, el objetivo principal de nuestro estudio es determinar la adherencia al tratamiento farmacológico del tabaquismo en un área de salud, en ausencia de incentivos económicos y de financiación de dichos fármacos. Los objetivos secundarios son determinar las razones de la falta de adherencia e identificar factores predictores asociados a la misma.

## PACIENTES Y MÉTODOS

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyen un total de 660 pacientes que acuden a programas de deshabituación tabáquica entre los años 2013 y 2017 y a los que se les prescribe tratamiento farmacológico con terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina.

### DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal de los datos procedentes de las historias clínicas de pacientes incluidos en los programas de deshabituación tabáquica del área sanitaria de Santiago-Barbanza. Se realiza una búsqueda en la base de datos de Tabaquismo para identificar pacientes fumadores y adherencia a los fármacos de deshabituación tabáquica. Se analizan las características basales de los fumadores que participan en las intervenciones de deshabituación tabáquica y el tipo de fármaco prescrito. Posteriormente, se mide la adherencia a dicho fármaco en los fumadores de la muestra.

## INTERVENCIÓN REALIZADA

14

Los programas de cesación tabáquica consisten en una intervención individual intensiva, basados en el asesoramiento psicológico mediante la terapia cognitivo conductual, tratamiento farmacológico y un seguimiento. La ayuda al fumador es proporcionada por un facultativo entrenado y acreditado en abordaje del tabaquismo procedente de Atención Especializada. Cuenta con el apoyo de personal de enfermería, reforzando la terapia psicológica. Las visitas de seguimiento tienen como finalidad verificar la abstinencia del fumador, servir de refuerzo positivo en el proceso de deshabitación y prevención de recaídas.

## VARIABLES A ESTUDIO

De cada fumador, en la visita basal, se recogen datos personales y demográficos como la edad, sexo o el nivel de estudios (ausencia de estudios, elementales, secundarios, superiores) y datos relacionados con el consumo de tabaco: fase de abandono del fumador (preparación o contemplación), consumo actual de tabaco medido en cigarrillos al día, consumo acumulado (paquetes-año), tipo de tabaco que consume (tabaco manufacturado o tabaco de liar), patrón de inhalación (superficial o profunda), número de intentos previos realizados y duración de dichos intentos.

Se define como intento previo de abandono del tabaco la abstinencia con anterioridad durante más de 24 horas. Asimismo, se evalúa la dependencia nicotínica a través del test de Fagerström (FTND). Definimos dependencia baja como la puntuación del FTND de 0-3 puntos, dependencia moderada de 4-6 puntos y dependencia alta a una puntuación de 7 o más puntos. En cada fumador se determina la motivación mediante dos métodos diferentes: la escala visual analógica de la motivación y el test de Richmond. Definimos paciente motivado como aquel que tiene una puntuación mayor a 7 en la escala visual analógica y en el test de Richmond. Se analiza el test de recompensa definiendo fumador con recompensa positiva aquel que fuma por placer o satisfacción. Se recoge el valor del monóxido de carbono (CO) en aire exhalado en ppm por cooximetría en la muestra de fumadores.

La abstinencia se evalúa mediante la autodeclaración del paciente y se verifica a través de la determinación de CO en aire espirado con cooximetría. Se define fumador como el que tiene un CO >6 ppm y no fu-

mador el que presenta unos niveles de CO <6 ppm. La abstinencia se expresa como el porcentaje de fumadores que se mantienen sin fumar a los 6 meses y al año.

Se determina la adherencia terapéutica de forma indirecta mediante el registro de retirada del fármaco en la historia clínica electrónica. Se define adherencia primaria como la dispensación del fármaco en oficina de farmacia en los 30 primeros días tras la prescripción.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tras la recogida de los datos se realiza un análisis estadístico descriptivo de la muestra. Para cada variable cuantitativa, la hipótesis de una distribución normal es verificada mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas que siguen una distribución normal se representan mediante medias aritméticas  $\pm$  desviación típica y las variables cualitativas mediante número y porcentaje. Posteriormente se calcula mediante un análisis univariante los factores asociados a adherencia al tratamiento farmacológico usando el test Chi-cuadrado, el test *T-student* y test no paramétricos, en el caso de variables que no presentan una distribución normal. Finalmente se verifica, mediante un análisis de regresión logística, los predictores de adherencia a los fármacos empleados en deshabitación tabáquica.

Se toman como factores de confusión a) características intrínsecas de los pacientes: variables demográficas (edad, género, nivel de estudios), motivación, presencia de intentos previos de abandono y dependencia a la nicotina; b) variables relacionadas con la intervención. Los resultados son presentados como *odds ratio* ajustados (ORs) con intervalo de confianza del 95%. El análisis estadístico de los datos se desarrolla mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0. El nivel de significación se establece en un valor de  $p < 0,05$ .

## ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio no presenta riesgos adicionales para el paciente, pues la entrevista forma parte de la práctica clínica diaria. En todos los casos se garantiza la privacidad y confidencialidad de los datos, respetando la legislación vigente (Real Decreto-ley 5/2018, Reglamento UE 2016/679 de Protección de Datos y la Ley 41/2002 de autonomía del paciente).

Este trabajo se realiza respetando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 1964 y ratificaciones de las asambleas siguientes (Tokio 75, Venecia 83, Hong Kong 89, Somerset Oeste 96, Escocia 00, Seúl 08 y Fortaleza 13) sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

## RESULTADOS

La muestra incluye a 660 pacientes (405 varones), edad media  $53,8 \pm 10,7$ . El 58,3% fuma tabaco manufacturado con patrón de inhalación profunda (63,3%). El consumo acumulado es de  $43,4 \pm 23,9$  paquetes/año. Presentan un nivel de dependencia media moderada por FTND ( $4,7 \pm 2$ ), una motivación alta en el test de Richmond ( $7,1 \pm 1,2$ ) y un valor medio de  $1,5 \pm 1,7$  intentos de abandono. En un 43% de los pacientes se prescribió vareniclina, en un 54% terapia sustitutiva con nicotina y en un 3% bupropión.

Un 35% de los fumadores no inician el tratamiento farmacológico prescrito. Solo 231 pacientes (35%) mantienen el tratamiento farmacológico más allá de 60 días. Con respecto al tipo de tratamiento un 30% y un 35% no inician vareniclina ni terapia sustitutiva con nicotina respectivamente (Fig. 1).

En el análisis univariante, las variables de diagnóstico de tabaquismo asociadas a iniciar el fármaco prescrito son: estar en fase de preparación (72 vs. 58%;  $p=0,001$ ), consumir tabaco manufacturado (82 vs. 74%;  $p=0,032$ ), patrón de inhalación profunda (68 vs. 59%;  $p=0,042$ ), realizar intentos de abandono en el último año (19 vs. 12%;  $p=0,017$ ), usar fármacos en intentos previos (44 vs. 24%;  $p=0,0005$ ) y un FTND  $>4$  (80 vs. 67%;  $p=0,045$ ). Los pacientes con EPOC presentan más posibilidades de iniciar el tratamiento farmacológico prescrito (40 vs. 28%;  $p=0,028$ ) (Tabla 1).

Con respecto a las variables asociadas a la intervención la realización de un seguimiento (80 vs. 42%;  $p=0,005$ ) y el mayor número de consultas de deshabituación tabáquica ( $4,27 \pm 2,99$  vs.  $1,93 \pm 1,43$ ;  $p=0,000$ ) se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico del tabaquismo. Asimismo, se observa una asociación entre el porcentaje de fumadores que se mantienen sin fumar tras la intervención a los 6 meses y al año y la adherencia a los fármacos para abandonar el tabaco (41 vs. 23%;  $p=0,00$ ) (30 vs. 20%;  $p=0,012$ ) (Tabla 2).

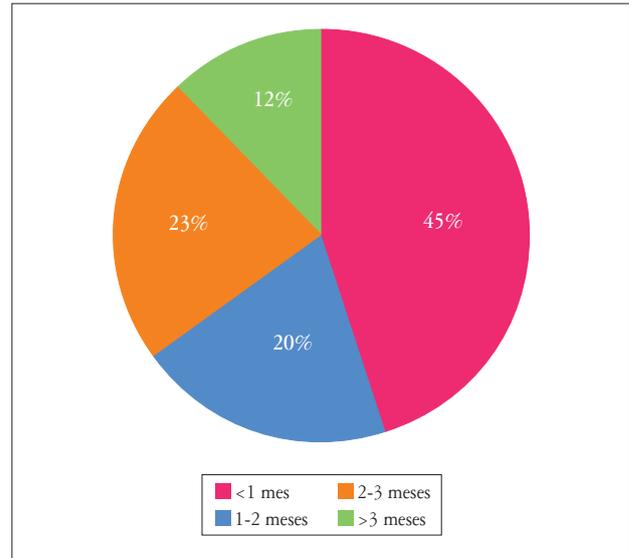


Figura 1. Tiempo de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes de la muestra en porcentaje (%).

Mediante un modelo de regresión logística múltiple se determinan los factores asociados a adherencia a fármacos de deshabituación tabáquica. Dichos factores son: estar en fase de preparación OR: 4,06 IC 95% (1,58-6,39)  $p=0,003$ ; realizar intentos previos de abandono en el último año OR: 5,3 IC 95% (1,3-7,1)  $p=0,016$ ; uso de fármacos previamente OR: 4,16 IC 95% (1,7-6,2)  $p=0,0003$  y el número de consultas: OR: 1,6 IC 95% (1,26-2,05)  $p=0,000$ . Asimismo, de todas las variables estudiadas, la que predice completar el tratamiento farmacológico del tabaquismo es el número de consultas realizadas OR: 1,3 IC 95% (1,03-1,6)  $p=0,033$  (Tabla 3).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio reflejan una adherencia primaria al tratamiento farmacológico del tabaquismo de un 65% y un mantenimiento del fármaco prescrito durante más de dos meses del 35%, lo que corrobora los resultados de otros estudios similares que evidencian que la mayor parte de los pacientes no son adherentes a los fármacos prescritos en un escenario no financiado<sup>(8)</sup>.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico del tabaquismo se asocia a una menor eficacia de las intervenciones de deshabituación tabáquica a corto y a largo plazo (41 vs. 23%;  $p=0,00$ ) (30 vs. 20%;  $p=0,012$ ). Estos hallazgos confirman los resultados de Liberman y cols. observando una abstinencia anual del 50,7% en pacientes adherentes a vareniclina frente al 31,2%

**Tabla 1.** Análisis univariante de las características diferenciales de los fumadores que presentan adherencia al tratamiento prescrito para abandonar el tabaco vs. no adherencia en función de variables demográficas y asociadas al tabaquismo.

	Adherencia	No adherencia	p
Edad (años)	53,78±10,5	54,23±10,5	0,6
Género: varón	218 (59%)	151 (55%)	0,5
Nivel de estudios: bajo	172 (65%)	117 (70%)	0,53
Pacientes en fase de preparación (nº/%)	212 (72%)	115 (58%)	0,001
Consumo actual (cig/día)	18,86±11,05	18,03±11,26	0,38
Consumo acumulado (paq-año)	43,76±24,06	44,003±23,3	0,7
CO (ppm)	14,53±9,92	14,38±9,85	0,97
Años fumando (nº medio)	35,94±12,03	36,33±11,16	0,03
Tabaco manufacturado (nº pacientes/%)	250 (82%)	176 (74%)	0,032
Patrón de inhalación profunda (nº pacientes /%)	277 (68%)	125 (59%)	0,042
Intentos previos de abandono (nº medio)	1,59±1,74	1,38±1,61	0,17
Nº de pacientes con intentos realizados en el último año	57 (19%)	23 (12%)	0,017
Nº de pacientes con uso de fármacos en intentos previos	114 (44%)	39 (24%)	0,0005
FTND (valor medio)	4,78±1,9	4,49±2,05	0,11
FTND >4	227 (80%)	105 (67%)	0,045

**Tabla 2.** Análisis univariante de las características diferenciales de los fumadores que presentan adherencia al tratamiento prescrito para abandonar el tabaco vs. no adherencia en función de las variables asociadas a la intervención.

	Adherencia	No adherencia	p
Seguimiento	283 (80%)	104 (42%)	0,005
Nº de consultas de seguimiento	4,27±2,99	1,93±1,43	0,00
Duración de las consultas de seguimiento	52,63±29,96	29,26±14,35	0,00

*Los valores se expresan en medias ± desviación estándar*

**Tabla 3.** Factores predictores de adherencia primaria al tratamiento farmacológico del tabaquismo mediante un modelo de regresión múltiple.

	OR	IC 95%	p
Fase de preparación	4,06	(1,58-6,39)	0,003
Intentos de abandono en el año previo	5,3	(1,3-7,1)	0,016
Uso de fármacos de cesación tabáquica en el año previo	4,16	(1,7-6,2)	0,0003
Nº de consultas de seguimiento	1,6	(1,26-2,05)	0,000

en la cohorte no adherente<sup>(8)</sup>. Otros estudios también muestran una correlación positiva entre abstinencia y adherencia al tratamiento<sup>(9)</sup>.

Las razones de esta falta de adherencia son múltiples. Entre ellas destacan los efectos adversos experimentados, la percepción de no necesidad de estos fármacos o el coste del tratamiento. Así, Catz y cols., demuestran que los efectos adversos son uno de los principales motivos de falta adherencia a vareniclina<sup>(10)</sup>. Otra de las causas podría ser el escaso interés del paciente en ser incluido en un programa de deshabitación tabáquica y el abandono precoz del mismo<sup>(11)</sup>.

La identificación de las características de los fumadores no adherentes al tratamiento farmacológico del tabaquismo nos permitirá mejorar el cumplimiento de estos y, por consiguiente, el éxito de la intervención. En una revisión de 50 estudios, el género, la edad, el nivel socioeconómico, los intentos previos de abandono, la dependencia y el grado de tabaquismo determinado por CO se identificaron como factores asociados a adherencia. En nuestra muestra solo se observa una relación entre intentos previos de abandono y adherencia al tratamiento farmacológico. No obstante, esta revisión incluye un grupo muy heterogéneo de estudios que presentan diferente definición de adherencia<sup>(12)</sup>.

Browning y cols., objetivan una asociación entre edad y adherencia. Pese a no observarse estas relaciones en nuestro estudio, ello podría ser debido a la presencia de poblaciones diferentes, ya que estos autores analizaron la adherencia en fumadores con infección por VIH<sup>(13)</sup>.

Al igual que en nuestra muestra, otros estudios, demuestran una correlación entre el uso previo de tratamiento farmacológico para abandonar el tabaco y un mayor grado de adherencia<sup>(14)</sup>.

La intensidad de la intervención que se refleja en el número de visitas y duración de las mismas son variables predictoras de adherencia a los fármacos al igual que se identificó en otros estudios<sup>(15)</sup>. Sin embargo, en la actualidad no existe suficiente evidencia científica sobre las características de la intervención para incrementar la adherencia a fármacos. Pese a esto, medidas conductuales encaminadas a cambiar la percepción que puede tener el paciente sobre los medicamentos para dejar de fumar podrían ser eficaces<sup>(16)</sup>.

Como punto fuerte nuestro estudio plantea los problemas reales de la práctica clínica diaria que incluye a una población de fumadores que acuden a una consulta de deshabituación tabáquica, realizándose una intervención individualizada basada en el asesoramiento psicológico, tratamiento farmacológico de la dependencia nicotínica y seguimiento. Por otra parte, aporta un tamaño muestral suficientemente grande como para mostrar una visión del problema del cumplimiento de dichos fármacos entre los pacientes que desean realizar un intento de abandono en nuestra área.

Entre las limitaciones del estudio están la ausencia de análisis de los factores predictores de adherencia de cada uno de los fármacos por separado. Además, no analizamos variables como los niveles de ansiedad y depresión.

La forma de medir la adherencia fue de un modo indirecto a través del registro de retirada del fármaco en la oficina de farmacia a diferencia de otros estudios donde se midió la adherencia a través de la determinación del fármaco en sangre<sup>(17)</sup>.

No obstante, estos resultados deberán ser comparados con los de un entorno donde exista financiación de estos fármacos. De esta forma podremos saber la influencia que la accesibilidad a ellos produce sobre la adherencia y la eficacia en las intervenciones de cesación tabáquica.

## CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento del tabaquismo es mejorable en nuestra área sanitaria. La fase de abandono del fumador, los intentos previos con tratamientos farmacológicos y la intensidad de la intervención son factores que se asocian a su implementación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Tabaco [Internet]. WHO. [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Verbiest M, Brakema E, van der Kleij R, Sheals K, Allistone G, Williams S, et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017; 27(1): 2.
3. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Blasco Lorza J, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49(8): 354-63.
4. Public Health Service. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47499/>
5. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*. 2002; 288(22): 2880-3.
6. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. p. 544.
7. DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. Pergamon Press; 1982. p. 356.
8. Liberman JR, Lichtenfeld MJ, Galaznik A, Mastey V, Harnett J, Zou KH, et al. Adherence to Varenicline and associated smoking cessation in a community-based patient setting. *J Manag Care Pharm*. 2013; 19(2): 125-31.
9. Hays JT, Leischow S, Lawrence D, Lee TC. Adherence to treatment for tobacco dependence: association with smoking abstinence and predictors of adherence. *Nicotine Tob Res*. 2010; 12(6): 574-81.
10. Catz SL, Jack LM, McClure JM, Javitz HS, Deprey M, Zbikowski SM, et al. Adherence to Varenicline in the COMPASS Smoking Cessation Intervention Trial. *Nicotine Tob Res*. 2011; 13(5): 361-8.
11. Godoy Mayoral R, Callejas González FJ, Cruz Ruiz J, Genovés Crespo M, Tárraga López MJ, Tornero Molina MA. Diferencias entre los fumadores que no inician el tratamiento y los que sí lo inician. *Prev Tab*. 2018; 20(2): 5459.

12. Pacek LR, McClernon FJ, Bosworth HB. Adherence to pharmacological smoking cessation interventions: A literature review and synthesis of correlates and Barriers. *Nicotine Tob Res.* 2018; 20(10): 1163-72.
13. Browning KK, Wewers ME, Ferketich AK, Diaz P, Koletar SL, Reynolds NR. Adherence to tobacco dependence treatment among HIV-infected smokers. *AIDS Behav.* 2016; 20(3): 608-21.
14. Tague C, Richter KP, Cox LS, Keighley J, Hutcheson T, Fitzgerald SA, et al. Impact of telephone-based care coordination on use of cessation medications posthospital discharge: A randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res.* 2017; 19(3): 299-306.
15. Karadoğan D, Önal O, Şahin DZ, Kanbay Y, Alp S, Şahin U. Treatment adherence and short-term outcomes of smoking cessation outpatient clinic patients. *Tob Induc Dis.* 2018; 16: 38.
16. Hollands GJ, Naughton F, Farley A, Lindson N, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 8(8): CD009164.
17. Peng A, Morales M, Wileyto EP, Hawk LW, Cinciripini P, George TP, et al. Measures and predictors of varenicline adherence in the treatment of nicotine dependence. *Addict Behav.* 2017; 75: 122-9.

# Tabaquismo y relación con estilos de vida en una consulta de Atención Primaria

I. Roig Grau<sup>1</sup>, R. Rodríguez Roig<sup>2</sup>, A. Delgado Juncadella<sup>3</sup>, J.A. González Valero<sup>4</sup>, D. Rodríguez Sotillo<sup>5</sup>, I. Rodríguez Martín<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. EAP Sagrada Familia. Manresa. <sup>2</sup>Odontólogo. EAP Sallent. <sup>3</sup>Médico de Familia. EAP Navàs. <sup>4</sup>Enfermero. EAP Sagrada Familia. Manresa. <sup>5</sup>Médico ICS. Hospital Universitario Vall d'Hebron. <sup>6</sup>Médico de Familia Residente. EAP Sagrada Familia. Manresa. Barcelona.

## RESUMEN

**Objetivo.** Estimar la prevalencia de fumadores y relacionar tabaquismo con determinados estilos de vida, dieta mediterránea, consumo de alcohol y actividad física.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en pacientes de 18 a 69 años, que acuden a consulta de Atención Primaria durante dos meses y configurada por dos grupos: fumadores y no fumadores. Se realizaron tres cuestionarios estructurados y validados: ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) y PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea). Las encuestas fueron anónimas, supervisadas y asistidas. Los datos se analizaron con el programa Jamovi, interfaz gráfica (GUI) del lenguaje estadístico R. test Chi-cuadrado para comparar variables categóricas. En todos los contrastes de hipótesis la significación estadística fue  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Muestra de 313 pacientes, 246 no fumadores y 67 fumadores. Prevalencia de fumadores

21,4%. La relación entre dieta y ser fumador y no fumador, presenta diferencias no significativas ( $\chi^2 = 10,6$ ;  $p = 0,014$ ) y (OR: 0,615 y IC 95%: 0,352-1,08). Ser fumador está relacionado con una menor actividad física ( $\chi^2 = 14,5$ ;  $p = 0,002$ ) y (OR: 0,369 y IC 95%: 0,197-0,690). Fumar está relacionado con un mayor consumo de alcohol ( $\chi^2 = 77,6$ ;  $p < 0,001$ ) y (OR: 58,3 y IC 95%: 3,56-954).

**Conclusión.** El tabaco es un hábito que condiciona otras conductas poco saludables (más consumo de alcohol, menor actividad física y menor seguimiento de la dieta mediterránea) y, por tanto, es fundamental que en la deshabitación tabáquica se contemple un abordaje integral del paciente.

**Palabras clave:** Tabaco; Alcohol; Dieta; Actividad física.

## ABSTRACT

**Objective.** To estimate the prevalence of smoking and to relate smoking to certain lifestyles, Mediterranean diet, alcohol consumption and physical activity.

**Patients and method.** Observational, descriptive and cross-sectional study in patients aged 18 to 69 years attending the Primary Care consultation for two months and configured by two groups: smokers and non-smokers. Three structured and validated questionnaires were performed: ISCA (Systematic Alcohol

### Correspondencia:

Dra. Isabel Roig Grau. Médico de Familia. Institut Català de la Salut. EAP Sagrada Familia. ABS Manresa-4. C/ Sant Cristòfol, 34. 08243 Manresa. Barcelona. E-mail: isabelroiggrau@gmail.com

Recibido: 18 de noviembre de 2020. Aceptado: 15 de diciembre de 2020. Prev Tab. 2021; 23(1): 19-28

Consumption Questionnaire), IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) and PREDIMED (Mediterranean Diet Prevention). Anonymous, supervised and assisted surveys. Data were analyzed by Jamovi program, graphic interface (GUI) of the statistical language R. Test Chi-cuadrado to compare categorical variables. In all hypothesis contrasts, statistical significance  $p < 0.05$ .

**Results.** Sample of 313 patients, 246 non-smokers and 67 smokers. Prevalence of smoking 21.4%. Relationship between diet and being a smoker and non-smoker presents non-significant differences ( $\chi^2 = 10.6$ ,  $p = 0.014$ ) and (OR: 0.615 and 95% CI: 0.352-1.08). Being a smoker is related to less physical activity ( $\chi^2 = 14.5$ ;  $p = 0.002$ ) and (OR: 0.369 and 95% CI: 0.197-0.690). Smoking is related to higher alcohol consumption ( $\chi^2 = 77.6$ ;  $p < 0.001$ ) and (OR: 58.3 and 95% CI: 3.56-954).

**Conclusion.** Tobacco is a habit that conditions other unhealthy behaviors (more alcohol consumption, less physical activity and less adherence to the Mediterranean diet) and therefore it is fundamental that in smoking cessation a comprehensive approach of the patient is considered.

**Key words:** Tobacco; Alcohol; Diet; Physical activity.

## INTRODUCCIÓN

Estudios realizados a partir del informe Lalonde (1974)<sup>(1)</sup> han confirmado a los estilos de vida como verdaderos determinantes de salud, ya que las conductas insanas pueden marcar el grado de salud de la población, verificable a través de indicadores de morbimortalidad prematura.

Cuando la comunidad científica internacional demostró que los estilos de vida y los factores ambientales influían en la salud de la población más que los avances científicos y técnicos se despertó un gran interés en planificar y ejecutar programas de educación sanitaria desde los responsables de la asistencia sanitaria<sup>(1)</sup>.

Durante los primeros años de la vida adulta se adquieren ciertos hábitos (que incluyen el tipo de dieta, el sedentarismo, consumo de alcohol o el tabaquismo), cuya modificación posterior es difícil y que minarán la salud cardiovascular y la calidad de vida del individuo durante los años posteriores<sup>(2,3)</sup>.

El consumo de tabaco es un problema de salud pública de primera magnitud y la mayor causa de muerte prevenible. Cada año, a nivel mundial, fallecen más de ocho millones de personas a causa del tabaco, ya sea debido al consumo directo o a consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco<sup>(4)</sup>. El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en el 80% de los casos se inicia antes de los 20 años y se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son los trastornos respiratorios, cardiovasculares y tumores en diversas localizaciones. Tiene una alta prevalencia en el mundo que varía en los diferentes países de acuerdo a criterios sociales, económicos y culturales. Tiene un enorme coste económico que incluye, elevados costes sanitarios de tratar las patologías que causa, disminución de la productividad y rendimiento en el trabajo, absentismo laboral y la pérdida de capital humano debido a su morbimortalidad.

El tabaco está muy relacionado con la ingesta de alcohol. En España, el consumo de alcohol abusivo y perjudicial es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial. El consumo de tabaco asociado al consumo de alcohol tiene efectos sinérgicos, con un aumento exponencial de riesgo de cáncer, incremento de los riesgos de patología psiquiátrica, daño cerebral y aumento del riesgo de accidentes de tráfico.

El alcohol sigue siendo, con creces, la droga que ocasiona más problemas en nuestra sociedad. Es la que ha generado más solicitudes de tratamiento, por encima del 42% del total del año 2019, y es la droga que origina más urgencias en los hospitales, más del 55% del total de urgencias causadas por sustancias psicoactivas son debidas al alcohol.

Otro aspecto relacionado con los estilos de vida es la interacción del tabaco con la nutrición, muy vinculada a la enfermedad cardiovascular y cáncer. La población fumadora tiene ingestiones menores de frutas y verduras y, por ende, de folatos, vitaminas y antioxidantes<sup>(5)</sup>. Está demostrado que la ingesta de nutrientes de los fumadores difiere sustancialmente de los no fumadores y algunas de estas diferencias pueden agravar los efectos nocivos de los componentes del humo sobre el cáncer y el riesgo de enfermedades coronarias. Esta sería una de las razones por las que es recomendable que la población de riesgo fumadora tenga hábitos alimentarios más correctos para atenuar, en cierto modo, el efecto del tabaco sobre su salud.

Tabla 1. Cuestionario ISCA.

Interrogatorio sistemático sobre el consumo de alcohol (ISCA)			
	Cantidad (UBE)	Número de días	Total
Laborables			
Fines de semana			
¿Si alguna vez consume bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.) cuántas consumiciones hace en un día? (expresadas en UBE)			
¿Con qué frecuencia? (número de días en una semana)			
¿Sus hábitos de consumo son diferentes durante los fines de semana (o en días laborables)?			

El sedentarismo está considerado uno de los peores males para la salud de la sociedad actual y en los fumadores los niveles de práctica de actividad física son bajos, siendo menores aún en el caso de las mujeres. Esta relación inversa (entre práctica de actividad física y consumo de tabaco) puede, en parte, ser debida a una disminución en la función pulmonar, observado en estudios con adolescentes fumadores<sup>(6,7)</sup>.

El objetivo general de este estudio es estimar la prevalencia de fumadores que acuden a la consulta de Atención Primaria (AP) y, como objetivo específico, busca explorar el hábito de fumar relacionado con algunos componentes de estilos de vida; en concreto, dieta mediterránea, consumo de alcohol y actividad física.

## PACIENTES Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio observacional, de tipo descriptivo y de corte transversal mediante cuestionarios.

**Población de estudio:** pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria durante dos meses y configurada por dos grupos: fumadores y no fumadores.

**Procedimiento de muestreo:** el método de muestreo seleccionado fue no probabilístico de tipo incidental, que incluye la población que responde a los criterios de inclusión, durante el periodo señalado.

**Tamaño de la muestra:** el cálculo de la muestra realizado para una población finita de 1.425 pacientes, con un nivel de confianza del 95%, error  $\alpha$  de 0,05 y un contraste de hipótesis bilateral precisa una muestra mínima necesaria de 303 pacientes.

**Criterios de inclusión:** pacientes de 18 a 69 años visitados en el centro de Atención Primaria.

**Criterios de exclusión:** presentar algún tipo de incapacidad física, deterioro cognitivo que impida la respuesta a las preguntas planteadas y no deseo de participar.

**Variables e instrumentos:** utilizamos tres tipos de variables: sociodemográficas (edad, sexo, estudios), hábito de consumo de tabaco (cantidad y tipo) y hábitos saludables: dieta mediterránea, alcohol y actividad física.

**Instrumentos de medida:** se han utilizado tres cuestionarios estructurados y validados: el cuestionario ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos); el cuestionario PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea), para valorar la adherencia a la dieta mediterránea y el cuestionario IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*). Las encuestas han sido anónimas, supervisadas y asistidas.

- Tabaquismo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Exfumador es aquella persona que, habiendo sido fumadora, no ha consumido tabaco en los últimos 6-12 meses<sup>(8)</sup>.
- Cuestionario ISCA (Tabla 1). Instrumento heteroaplicado. Las tres preguntas exploran la cantidad de alcohol consumido, la frecuencia del consumo, y la variación entre días laborales y festivos. La cantidad de alcohol consumido se registra en unidades de bebida estándar (UBE) que equivalen a 10 gramos de alcohol. Se multiplican las respuestas de cantidad y días. Sumando los subtotales se obtienen la puntuación total. El resultado final representa la media de consumo semanal de alcohol en UBE. Los hombres, con una puntuación superior a 28 puntos, serían bebedores de riesgo y las mujeres lo serían con una puntuación superior a 17 puntos<sup>(9)</sup>. El término “unidades” equivale al inglés *drinks* y corresponde al contenido de un vaso de vino (100 ml), una caña de cerveza (200 ml) o medio whisky (25 ml), es decir, aproximadamente 10 g de alcohol puro por unidad de bebida estándar si nos atenemos a la graduación de las bebidas más consumidas (cinco grados para cerveza, 11 para vino y 37 para licores)<sup>(10)</sup>.
- Cuestionario PREDIMED (Tabla 2). PREDIMED, instrumento heteroaplicado. Constata que la dieta mediterránea enriquecida con frutos secos o aceite

Tabla 2. Cuestionario PREDIMED.

Cuestionario PREDIMED de adhesión a la dieta mediterránea (14 puntos)		Sí	No
1	¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?		
2	¿Consume 4 o más cucharadas al día de aceite de oliva?		
3	¿Come 2 o más veces al día verdura u hortalizas?		
4	¿Come 3 o más piezas de fruta al día?		
5	¿Come menos de 1 vez al día de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos?		
6	¿Come menos de 1 vez al día mantequilla, margarina o nata?		
7	¿Bebe menos de 1 vez al día bebidas gaseosas o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, <i>biter</i> )?		
8	¿Bebe 7 o más copas de vino a la semana?		
9	¿Come 3 o más platos de legumbre a la semana?		
10	¿Come 3 o más veces a la semana pescado o marisco?		
11	¿Consume 2 o menos veces a la semana repostería comercial (no casera)?		
12	¿Consume 3 o más veces a la semana frutos secos?		
13	¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?		
14	¿Consume usted 2 o más veces a la semana los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?		
Muy baja (0-4) / Baja (5-7) / Media (8-11) / Alta (12-14)			
<i>Tomado con permiso del autor: Salas-Salvadó J, Mena Sánchez G. PREDIMED. Nutr Clin Med. 2017; XI (1): 1-8.</i>			

22

Tabla 3. Cuestionario IPAQ.

Actividades físicas "INTENSAS"	<p>Piense en todas las actividades <b>INTENSAS</b> que usted realizó en los <b>últimos 7 días</b>.                      Las actividades físicas <b>intensas</b> se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense <b>solo</b> en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos <b>10 minutos</b> seguidos.</p>	
	<p>1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?</p> <p style="text-align: center;"><b>Ver "Ejemplos"</b></p>	<input type="checkbox"/> Días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física intensa: (Vaya a la pregunta 3)
	<p>2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (Ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro
Actividades físicas "MODERADAS"	<p>Piense en todas las actividades <b>MODERADAS</b> que usted realizó en los <b>últimos 7 días</b>.                      Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos <b>10 minutos</b> seguidos.</p>	
	<p>3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis?* No incluya caminar</p> <p style="text-align: center;"><b>Ver "Ejemplos"</b></p>	<input type="checkbox"/> Días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física moderada: (Vaya a la pregunta 5)
	<p>4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días? (Ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro
"CAMINAR"	<p>Piense en el tiempo que usted dedicó a <b>CAMINAR</b> en los <b>últimos 7 días</b>.                      Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar o otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.</p>	
	<p>5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?</p>	<input type="checkbox"/> Días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna caminata: (Vaya a la pregunta 7)
	<p>6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro
"SENTADO" durante los días laborales	<p>La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted <b>SENTADO</b> durante los días hábiles de los <b>últimos 7 días</b>.                      Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando la televisión.</p>	
	<p>7. Habitualmente, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro

de oliva virgen extra es capaz de conseguir una reducción relativa del 30% en el riesgo de sufrir un evento cardiovascular combinado, que incluye infarto de miocardio o accidente vascular cerebral o muerte por causa cardiovascular<sup>(11)</sup>.

- Cuestionario IPAQ (Tabla 3). La actividad física (AF) se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía<sup>(12)</sup>.

Se utiliza el cuestionario IPAQ versión reducida que consta de siete preguntas acerca de la frecuencia, duración e intensidad de la actividad (moderada e intensa) realizada los últimos siete días, así como el caminar y el tiempo sentado en un día laboral. Se puede aplicar mediante entrevista directa, vía telefónica o encuesta autocumplimentada, siendo diseñado para ser empleado en adultos de edades comprendidas entre los 18 y 69 años, existiendo dos versiones del mismo, la larga y la corta. Considera los cuatro componentes de actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte), mientras que otros instrumentos evaluaban solo la actividad física del tiempo libre. Potencialmente proporciona un registro en minutos por semana, que es compatible con las recomendaciones de actividad propuestas en los programas de salud pública. Su cumplimentación lleva aproximadamente cinco minutos y permite la comparación entre estudios<sup>(13)</sup>.

El diagrama de flujo de los pacientes de estudio se muestra en la figura 1.

**Aspectos éticos:** la información derivada de las encuestas no ha tenido implicaciones perjudiciales para las personas en aspectos administrativos, civiles o laborales. Se obtuvo de cada persona un consentimiento informado antes de su participación en el estudio. Los datos se procesaron y se analizaron con base en su carácter colectivo para fines científicos y de salud pública, por lo tanto, no se hacen alusiones individuales o personales.

**Análisis de datos:** se ha utilizado el programa ofimático microsoft excel, junto con el programa Jamovi, una interfaz gráfica (GUI) del lenguaje estadístico R.

Se realiza una descripción uni y bivariada. Las variables cuantitativas se han descrito con la media aritmética y la desviación típica y las variables cualitativas con sus frecuencias absolutas y relativas. Los contrastes bivariados para la comparación de las variables categóricas se han realizado con la  $\chi^2$  (Chi-cuadrado) de Pearson. En todos los contrastes de hipótesis, los intervalos de confianza

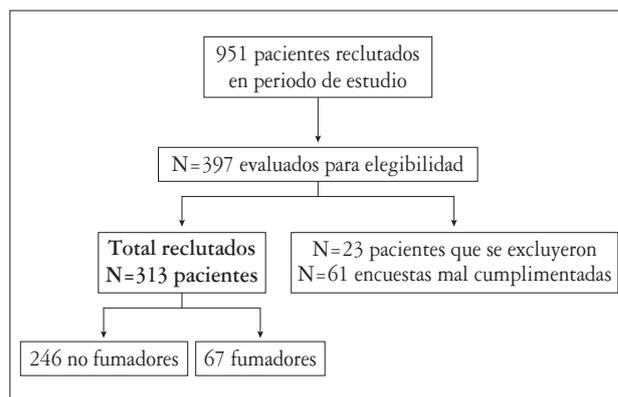


Figura 1. Esquema general del estudio.

de los parámetros se han calculado al 95% y el nivel de significación estadística se estableció en  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El tamaño muestral definitivo es de 313 pacientes: 246 no fumadores (105 hombres y 141 mujeres) y 67 fumadores (36 hombres y 31 mujeres), que representa un 21,4% la prevalencia de fumadores.

Hay una relación negativa en cuanto al nivel de estudios, de manera que, a menor nivel de estudios, mayor grado de tabaquismo, pero la OR no es estadísticamente significativa (OR: 0,722 y IC 95% 0,416-1,25).

Por sexos, los hombres y las mujeres difieren en su comportamiento tabáquico. Así un 60% de mujeres fuman menos de 10 cigarrillos/día, frente a un 28% en hombres. Un 16,20% de hombres fuman más de 20 cigarrillos al día frente a un 6,60% en mujeres. En el estrato de 11-20 cigarrillos es donde se observan menos diferencias entre hombres (37,8%) y mujeres (30%) (Fig. 2).

### TABAQUISMO Y ESTILOS DE VIDA

#### 1. Tabaquismo y actividad física

El sedentarismo es más frecuente en fumadores (34,32%) que en no fumadores (16,67%) y la alta actividad física es más del doble en no fumadores (7,32%) que en fumadores (2,98%) (Fig. 3).

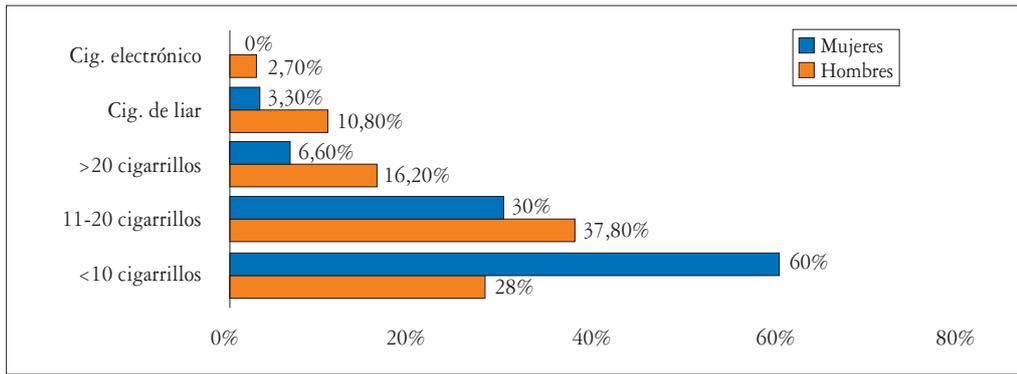


Figura 2. Distribución de fumadores según sexo y cantidad.

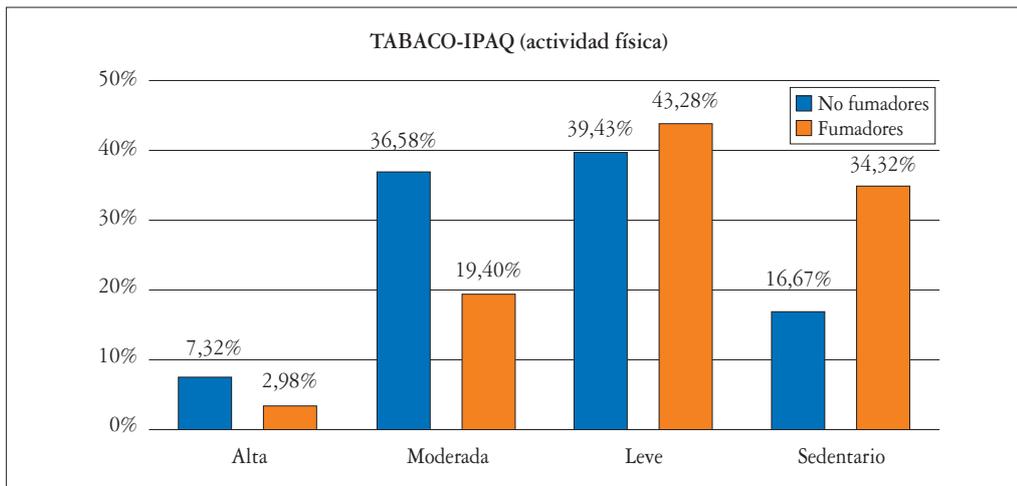


Figura 3. Asociación entre tabaco y actividad física.

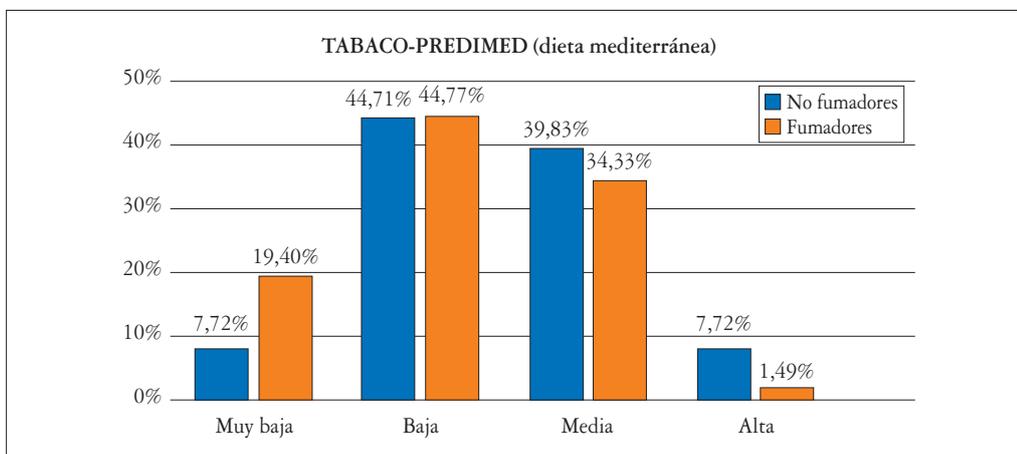


Figura 4. Asociación entre tabaco y adherencia a la dieta mediterránea.

En el caso de la actividad física, ser fumador está relacionado con una menor actividad física ( $\chi^2=14,5$ ;  $p=0,002$ ) y (OR: 0,369 y IC 95%: 0,197-0,690) (Tabla 4).

### 2. Tabaquismo y adherencia a la dieta mediterránea

La muy baja adherencia a la dieta mediterránea es más elevada en fumadores (19,4%) que en no fumadores (7,72%) y la alta adherencia a la inversa, mayor en no fumadores (7,72%) que en fumadores (1,49%) (Fig. 4).

La asociación de la dieta con ser fumador y no fumador, presenta diferencias entre los dos grupos, pero no significativas entre estas proporciones ( $\chi^2=10,6$ ;  $p=0,014$ ) y (OR: 0,615 y IC 95%: 0,352-1,08) (Tabla 4).

### 3. Tabaquismo y consumo de alcohol

Los abstemios representan un 30% de los no fumadores frente al 0% de los fumadores en nuestra serie. El consumo de riesgo de alcohol es más frecuente en fumadores (26,86% >4 UBE y 8,95% >6 UBE) que

Tabla 4. Relación tabaco y estilos de vida.

Variable	$\chi^2$	p	OR	95% IC
Actividad física (IPAQ)	14,5	0,002	0,69	0,197-0,690
Dieta mediterránea (PREDIMED)	10,6	0,014	0,615	0,352-1,08
Consumo de alcohol (ISCA)	77,6	<0,001	58,3	3,56-954

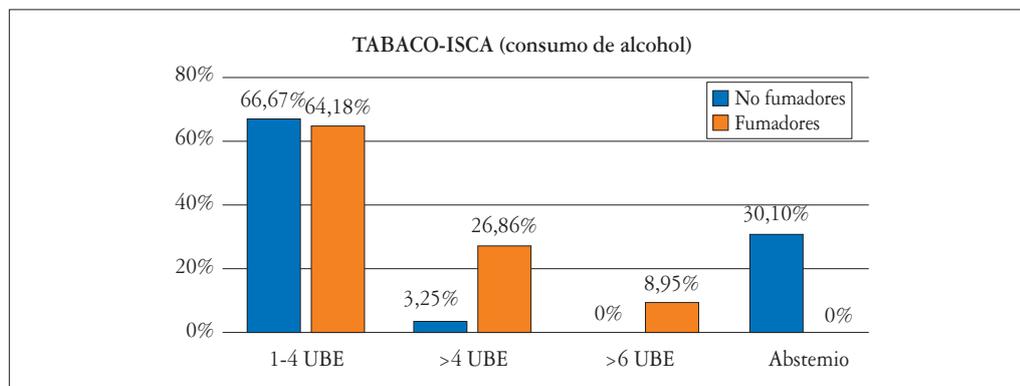


Figura 5. Asociación entre tabaco y consumo de alcohol.

en no fumadores (3,25% >4 UBE y 0% >6 UBE). El consumo de bajo riesgo es muy similar entre no fumadores (66,67%) y fumadores (64,18%) (Fig. 5).

En el consumo de alcohol, ser fumador está relacionado con un mayor consumo de alcohol ( $\chi^2=77,6$ ;  $p<0,001$ ) y (OR: 58,3 y IC 95%: 3,56-954) (Tabla 4).

## DISCUSIÓN

Hay que destacar que el porcentaje de fumadores en nuestro estudio es del 21,4%, ligeramente inferior a los datos reportados del ESCA 2019 (Encuesta de Salud de Cataluña), donde el consumo diario más el ocasional en mayores de 15 años fue del 23,9% (29,2% hombres y 18,8% mujeres) y también discretamente menor a los datos de la Encuesta Nacional Salud de 2017, que es del 22,1% en la población mayor de 15 años que fuma a diario. No obstante, en estas diferencias hay que tener en cuenta que en nuestro trabajo la muestra se contabilizó a partir de los 18 años.

Por sexos, los hombres y las mujeres difieren en su comportamiento tabáquico. Así, el porcentaje de mujeres que fuma menos de 10 cigarrillos al día es muy superior al de los hombres, los cuales fuman mayoritariamente entre 11 y 20 cigarrillos/día. Varias rutas de investigación, no estudiadas en nuestro trabajo, muestran que las mujeres tienden a usar cigarrillos con un contenido menor de nicotina y no inhalan tan profundamente como los hombres.

En relación al nexo de unión del tabaquismo con el consumo de alcohol, una amplia investigación apoya la observación popular de que “los fumadores beben y los bebedores fuman”. Los mayores consumidores de alcohol también son los mayores consumidores de tabaco. Este vínculo puede explicarse porque ambas sustancias (etanol y nicotina) estimulan los mismos receptores dopaminérgicos y de esta manera suscitan el deseo compulsivo de una sustancia por la otra<sup>(14)</sup>. Debido a sus numerosas consecuencias sociales y relacionadas con la salud, son una fuente continua de debate nacional sobre políticas públicas.

El consumo de bajo riesgo de alcohol (<28 UBE/semana en hombres y <17 UBE/semana en mujeres) es muy similar entre fumadores (66,5%) y no fumadores (64,20%) y equiparable a los datos del 2019 de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en que el consumo temporal en los últimos 30 días se sitúa en el 63%, manteniéndose en niveles similares a los del año 2017 (62,17%). En cambio, el consumo de riesgo de alcohol (>28 UBE/semana en hombres y >17 UBE/semana en mujeres) se dio casi 10 veces más en fumadores (28,9%) que en no fumadores (3,25%) y se muestra muy claramente asociado al tabaquismo. Fumar y beber comparte muchos efectos perjudiciales, algunos de los cuales operan sinérgicamente. La nicotina parece facilitar el consumo de etanol y viceversa. Si bien existen amplios puntos de vista teóricos para explicar la covarianza del consumo de alcohol y cigarrillos, aún faltan datos concluyentes que respalden uno u otro de estos puntos de vista<sup>(15)</sup>.

En nuestro estudio se cuantificó las UBE sin especificar exactamente el tipo de bebida consumida, pero durante la encuesta se verbalizó el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas según grupo de edad, así la cerveza mayoritariamente es la bebida más extendida (excepto en el grupo de 18 a 25 años donde había mayor consumo de combinados), y vino en el colectivo mayor de 60 años.

El *binge drinking* (botellón, consumo de alcohol en atracón) es el consumo de seis o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas. Nuestro estudio registra un 6%, muy inferior a la encuesta EDADES que mide el *binge drinking* en el tramo temporal del último mes que en 2019 era del 15,4%. Estas diferencias quizás sean debidas al escaso porcentaje de participación en nuestro trabajo del colectivo de 18-24 años, que es donde más se da este tipo de consumo (de hecho el botellón es más frecuente en la franja de 15-24 años, pero los pacientes de 15 a 17 años no fueron incluidos en nuestro estudio). El número de intoxicaciones etílicas continúa aumentando en la población juvenil<sup>(12)</sup> y representa una de las preocupaciones más importantes para los sistemas públicos de salud en la mayoría de los países desarrollados. Un aspecto relevante es que la mayoría de los *binge drinkers* se clasifican como bebedores de bajo riesgo respecto al consumo promedio y, de no medir este patrón, quedarían mal clasificados desde la perspectiva del riesgo asociado al consumo. Por ello es importante incorporar siempre este patrón en las encuestas que estimen el consumo de alcohol<sup>(16)</sup>.

Nuestros datos revelan que el consumo de tabaco muestra relación inversa con la práctica de actividad física, resultando los sujetos físicamente más activos los menos consumidores de tabaco. Se puede observar que prácticamente la totalidad de los hombres que realizan una alta actividad física (7,3%) afirman no consumir tabaco, mientras que en fumadores solo un 3% realiza una alta actividad física. Estos resultados están en concordancia con los obtenidos en el estudio AVENA<sup>(17)</sup>, realizado con una muestra de 2.859 adolescentes españoles, en el que registraron que los sujetos más activos eran los que menos fumaban, apreciándose una relación entre el aumento de edad, el consumo progresivo de tabaco y el descenso de la actividad física. Otra investigación realizada en la población del área metropolitana de Madrid analizó el tabaquismo y la práctica de actividad física concluyendo que, aunque de forma débil, son conductas relacionadas, registrándose mayores tasas de sedentarismo durante el tiempo libre entre

las personas fumadoras<sup>(18)</sup>. La práctica de actividades físico-deportivas en jóvenes se relaciona claramente con un menor consumo de alcohol y tabaco<sup>(19)</sup>.

La evidencia de utilizar la actividad física para la cesación del tabaquismo es débil, sin embargo, existe fuerte evidencia de que la actividad física reduce los síntomas de abstinencia, el deseo de fumar y el aumento de peso durante el abandono del tabaco<sup>(20)</sup>.

Encontramos diferentes motivos para la práctica deportiva en función del sexo, aspecto no analizado en nuestro estudio, pero comentado en las entrevistas. En este sentido, los varones suelen realizar práctica deportiva bajo intereses centrados en la competición deportiva, la exaltación del ego, la aprobación social o la mejora de la condición física. Por el contrario, en las mujeres está más orientado a la estética, el control del peso corporal, la diversión y el establecimiento de las relaciones afectivo-sociales<sup>(21)</sup>.

Por último, en cuanto al seguimiento de la dieta mediterránea, nuestros hallazgos destacan que la frecuencia de fumar estuvo inversamente relacionada con la selección de alimentos saludables. Así, en nuestro análisis, la alta adherencia a la dieta se asocia más en no fumadores y la muy baja adherencia en fumadores, aunque la OR no es significativa. En cambio, no se muestran diferencias en fumadores y no fumadores en la baja y media adherencia a la dieta mediterránea. Estos datos son muy parejos a estudios realizados en adolescentes que han informado asociaciones parecidas entre la elección de alimentos y el comportamiento de fumar<sup>(22)</sup>.

Las intervenciones dietéticas deben tener en cuenta la baja motivación y autoeficacia de los fumadores y enfatizar el cambio en estas áreas. Aunque el vínculo entre la dieta poco saludable y el riesgo de enfermedad parece estar siempre presente en los medios de comunicación, este mensaje puede no llegar a los fumadores. O tal vez, los fumadores no creen que los cambios en sus dietas puedan compensar en parte los riesgos para la salud que conlleva fumar. No podemos sacar esta conclusión de nuestros datos, pero está claro que los fumadores necesitan más educación sobre por qué es importante comer de forma saludable. Es necesario implementar programas que giren en torno al cambio de estilos de vida y al empoderamiento del paciente que le permita disfrutar de sus beneficios y así mejorar su calidad de vida.

Una de las limitaciones del estudio es que se ha realizado en un solo centro de Atención Primaria, lo que limita la validez externa en cuanto al tamaño de la

muestra. Así pues, en futuros estudios sería interesante la selección de una muestra de mayor tamaño que permitiera profundizar en los factores analizados.

Otra limitación es la dependencia de las medidas de autoinforme, ya que no disponemos de medidas biológicas en este estudio para validar el consumo de alcohol, tabaco, dieta y actividad física y nos hemos basado en los datos autoreportados en encuestas asistidas y supervisadas durante su cumplimentación. En el caso del consumo de alcohol habitualmente, la medición autodeclarada infraestima la prevalencia, sobre todo cuando se trata de consumos elevados y el *binge drinking* (botellón).

## CONCLUSIÓN

La prevalencia en la población estudiada, en este caso de fumadores es del 21,41%. Los resultados obtenidos en esta investigación permiten concluir que el tabaquismo se relaciona con tres determinantes (adherencia a la dieta mediterránea, consumo de alcohol y actividad física) donde se aprecian diferencias entre fumadores y no fumadores, en concreto más consumo de alcohol, menor actividad física y menor seguimiento de la dieta mediterránea en fumadores.

A la luz de estos datos podemos observar que el consumo de tabaco es un hábito que condiciona otras conductas poco saludables y, por tanto, en la deshabituación tabáquica se debe contemplar un abordaje integral del paciente. La prevención y promoción de la salud es una actividad fundamental en atención primaria y es indudable que los profesionales de la salud a los que se les atribuyen una triple función (médica, educadora y de ayuda) tienen una importante responsabilidad y compromiso en fomentar estilos de vida saludables.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni ninguna fuente de financiación.

## AGRADECIMIENTOS

Al metodólogo Dr. Javier Jiménez Cuadros por su inestimable colaboración desinteresada en la versión final del análisis estadístico e interpretación de los resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians. Ottawa, Canada: Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
2. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*. 2002; 106: 388-91.
3. Laclaustra-Gimeno M, González-García MP, Casanovas-Lenguas JA, Luengo-Fernández E, León-Latre M, Portero-Pérez P, et al. Evolución de los factores de riesgo cardiovascular en jóvenes varones tras 15 años de seguimiento en el estudio Academia General Militar de Zaragoza (AGEMZA). *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(7): 671-8.
4. World Health Organization. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Junio 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. Serra-Majem L, Román-Viñas B, Ribas-Barba L, Ramony JM, Lloveras G. Relación del consumo de alimentos y nutrientes con el hábito tabáquico. *Med Clin*. 2001; 116(4): 129-32.
6. Holmen TL, Barrett-Connor E, Clausen J, Holmen J, Bjerner L. Physical exercise, sports, and lung function in smoking versus nonsmoking adolescents. *Eur Respir J*. 2002; 19(1): 8-15.
7. Louie D. The effects of cigarette smoking on cardiopulmonary function and exercise tolerance in teenagers. *Can Respir J*. 2001; 8(4): 289-91.
8. Fernández Ferré ML, Gual Solé A, Cabeza Peña C. Drogodependencias. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 4ª ed. 2016. p. 690-731.
9. Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117(18): 685-9.
10. Altisent R, Córdoba R, Martín Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)*. 1992; 99: 584-8.
11. Salas-Salvadó J, Mena Sánchez G. PREDIMED. Unidad de Nutrición Humana, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Facultad de Ciencias de la Salud de Reus, Universidad. Rovira i Virgili. *Nutr Clin Med*. 2017; XI (1): 1-8.
12. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985; 100(2): 126-31.

13. Mantilla Toloza SC, Gómez Conesa A. El cuestionario internacional de actividad física. Un instrumento adecuado para el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol*. 2007; 10(1): 48-52.
14. Wise RA. The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *J Abnorm Soc Psychol*. 1988; 97(2): 118-32.
15. Bien TH, Burge R. Smoking and drinking: a review of literature. *Int J Addict*. 1990; 25(12): 1429-54.
16. Galán I, Álvarez J. Magnitud del problema. En: *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008. p. 8-37.
17. Tercedor P, Martín-Matillas M, Chillón P, Pérez López IJ, Ortega FB, Wärnberg J, et al. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles: Estudio AVENA. *Nutr Hosp*. 2007; 22(1): 89-94.
18. Rodríguez-Romo G, García-López O, Garrido-Muñoz M, Barriopedro M, Barakat R, Cordente C. Relaciones entre el consumo de tabaco y la práctica de actividad físico-deportiva en una muestra de la población de Madrid. *Rev Int Ciencias Deporte*. 2010; 20(6): 218-30.
19. Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Zamarripa Rivera JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(3): 211-20.
20. Leppe J, Benítez A, Campos A, Villarroel R. Actividad física y tabaquismo. *Rev Chil Enferm Respir*. 2017; 33(3): 186-9.
21. Rodríguez García PL, López Villalba FJ, López Miñano PA, García Cantó E. Práctica de ejercicio físico y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes. Diferencias entre géneros. *Adicciones*. 2013; 25(1): 29-36.
22. Elizondo JJ, Guillén F, Aguinaga I. Diferencias en el consumo de alimentos y nutrientes según el hábito tabáquico. *An Sist Sanit Navarra*. 2006; 29(1): 37-46.

## Caso Clínico

# Trastorno bipolar y deshabituación tabáquica: a propósito de dos casos clínicos

E. Canosa Santos, P. Mascareñas Pazos, C. Rábade Castedo

29

*Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña. España.*

### CASO CLÍNICO 1

Mujer de 55 años que acude a la consulta de deshabituación tabáquica procedente de consultas externas de Neurología.

Antecedentes médicos: ictus isquémico hace un año sin secuelas. Cardiopatía isquémica con revascularización coronaria hace cinco años. Trastorno bipolar diagnosticado hace 20 años.

Historia de tabaquismo: fumadora activa de tabaco manufacturado con consumo actual de 30 cigarrillos al día. Consumo acumulado de 50 paquetes-año. Patrón de inhalación profunda. Realizó hace 10 años un intento de abandono con parches de nicotina sin éxito. Test de recompensa positivo. Escala visual de motivación: 6. Test de Fagerström: 8. Tiempo que pasa desde que despierta hasta que fuma su primer cigarrillo menos cinco minutos. Cooximetría (CO: 22 ppm). La paciente refiere intención por abandonar el tabaco y demanda ayuda, pero no se encuentra preparada, presentando un alto nivel de ansiedad y bajo estado de ánimo. Estuvo en consultas de Psiquiatría

hace un mes con modificación del tratamiento (litio, antidepresivos y benzodiacepinas). Puntuación del test HADS de ansiedad y depresión: 18.

Dada la ausencia de control de su enfermedad psiquiátrica posponemos intervención de cesación tabáquica y solicitamos consulta al Servicio de Psiquiatría, comunicando el deseo de la paciente de abandonar el tabaco. Informamos a la paciente sobre la ayuda que le ofreceremos y opciones terapéuticas. Realizamos un seguimiento mensual para conocer el grado de control de sus niveles de ansiedad y depresión y ajuste de tratamiento por su psiquiatra.

Tres meses después, la paciente se muestra preparada y con mayor motivación para abandonar el tabaco (escala visual de motivación: 8, y test HADS ansiedad y depresión: 7). Continúa fumando 30 cigarrillos al día. Cooximetría (CO: 26 ppm). Su psiquiatra confirma estabilidad de trastorno bipolar. Se propone una reducción del consumo de tabaco y se pacta con la paciente en un plazo de tres semanas la supresión del tabaco. Se realiza intervención cognitivo conductual y tratamiento farmacológico con vareniclina a dosis estándar (2 mg al día a partir de la segunda semana). La paciente es citada semanalmente. En la primera revisión la paciente se encuentra muy motivada (escala visual de motivación: 8, test HADS ansiedad y depresión: 5), presentando un consumo de 10 cigarrillos con menor placer por el tabaco, y pudiendo mantenerse más de tres horas desde que despierta hasta que fuma su primer cigarrillo. Cooximetría (CO: 14 ppm). No refiere efectos secundarios en relación con el tratamiento farmacológico. Tras tres semanas de iniciar

---

#### *Correspondencia:*

Dr. Carlos Rábade Castedo. Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. Travesía da Choupana s/n. 15706 Santiago de Compostela, A Coruña, España.  
E-mail: crabcas1@gmail.com

*Recibido:* 30 de enero de 2021. *Aceptado:* 14 de febrero de 2021.  
Prev Tab. 2021; 23(1): 29-31

la intervención la paciente deja de fumar presentando en cooximetría (CO: 5 ppm). En visitas sucesivas la paciente se mantiene abstinentes sin presentar trastornos del estado de ánimo, disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión. Mantenemos vareniclina a dosis de 2 mg diarios durante seis meses. Al año del inicio de la intervención la paciente confirma abstinencia con cooximetría (CO: 3 ppm).

## 30 CASO CLÍNICO 2

Mujer de 52 años remitida desde consulta general de Neumología para abandonar el tabaco. Antecedentes médicos de interés: EPOC GOLD 2B. Trastorno bipolar diagnosticado hace 15 años con tratamiento con risperidona, litio y antidepresivos.

Historia de tabaquismo: fumadora actual de 20 cigarrillos al día. Consumo acumulado: 40 paquetes-año. Escala visual analógica de motivación: 8. Test de recompensa positivo. Cooximetría (CO: 16 ppm). Intentó en el último mes abandonar el tabaco con ayuda de su médico de referencia, pautándose tratamiento con vareniclina, y consiguiendo una reducción de su consumo. No obstante, la paciente presentaba mayor nivel de ansiedad y bajo estado de ánimo, suspendiendo dicho fármaco y requiriendo modificación del tratamiento de base de su patología psiquiátrica. Test de Fagerström: 7. Tiempo que pasa desde que despierta hasta que fuma su primer cigarrillo: menor a cinco minutos. Test HADS ansiedad y depresión: 12.

Dados los antecedentes psiquiátricos y el dudoso control de su patología solicitamos valoración por Psiquiatría, posponiendo la intervención de deshabituación tabáquica para los próximos meses. Tras tres meses desde la primera consulta de deshabituación tabáquica, y una vez confirmado el adecuado control de su patología psiquiátrica, la paciente elige un día para dejar de fumar, realizándose asesoramiento psicológico. Se prescribe terapia sustitutiva con nicotina en forma de parches de nicotina a dosis de 21 mg al día y chicles de 2 mg. Durante las visitas de seguimiento la paciente se mantiene sin fumar confirmando la cesación tabáquica al año de la visita inicial.

## COMENTARIOS

Existe una alta prevalencia de tabaquismo en los pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, incrementándose en los últimos años la demanda de

ayuda para dejar de fumar. En una de estas enfermedades, el trastorno bipolar, el consumo de tabaco es dos veces mayor que en la población general. Aproximadamente un 60% de los pacientes con diagnóstico de esta patología son fumadores. Este grupo presenta una mayor intensidad de tabaquismo y dependencia<sup>(1)</sup>. Algunos estudios reflejan menores tasas de abandono en fumadores con trastorno bipolar y puede que la nicotina tenga un papel regulador en el estado de ánimo de estos pacientes<sup>(2,3)</sup>. Por todo ello, la deshabituación tabáquica en el paciente que sufre este trastorno supone un reto para el terapeuta.

El tabaco puede ser un factor desencadenante o agravante de esta patología<sup>(4,5)</sup>. Los mecanismos que explican esta asociación entre tabaco y trastorno bipolar son diversos. La nicotina, al unirse a los receptores nicotínicos colinérgicos, estimula la liberación de neurotransmisores implicados en el trastorno bipolar. Asimismo, la nicotina desensibiliza a los receptores nicotínicos colinérgicos, disminuyendo el número de receptores que se pueden unir a acetilcolina endógena, alterando así los niveles de neurotransmisores. Además, la inflamación y el estrés oxidativo que provoca el tabaco pueden relacionarse con la predisposición a desarrollar esta enfermedad<sup>(6)</sup>. Por todo ello, la cesación tabáquica podría mejorar el control de la misma.

Los estudios demuestran eficacia y seguridad de los fármacos para la dependencia nicotínica en estos enfermos<sup>(7-9)</sup>. No obstante, analizar el grado de control de este trastorno para iniciar dichas intervenciones de deshabituación puede ser complejo. Existen pruebas objetivas como el test HADS de ansiedad y depresión que pueden ser útiles en dicha evaluación.

En este trabajo mostramos dos casos clínicos de pacientes con trastorno bipolar. En el primer caso se demuestra un deficiente control de dicho trastorno, imprescindible para iniciar el proceso de abandono del tabaco. Así, se hace necesario el apoyo del psiquiatra de referencia para conseguir la adecuada estabilidad del cuadro. No está claro el tiempo necesario para comenzar la intervención en esta paciente. Al tercer mes de la primera cita se propone una reducción del consumo de tabaco y se administra vareniclina. Se realiza un seguimiento más exhaustivo con visitas semanales y coordinación con Psiquiatría. La respuesta terapéutica fue eficaz, no evidenciándose efectos secundarios.

El segundo caso se trata de otra paciente con trastorno bipolar con intento previo de abandono del tabaco

recibiendo asesoramiento psicológico y vareniclina. La paciente consigue reducir el consumo de tabaco al 50%. Sin embargo, presenta un aumento de los niveles de ansiedad y peor estado de ánimo, por lo que se retira dicho fármaco. En la práctica clínica diaria es frecuente que se atribuyan dichos efectos secundarios a la influencia del propio fármaco en la enfermedad o las interacciones con otros como litio o neurolépticos. Pese a que algún estudio clínico asoció vareniclina con episodios de hipomanía<sup>(10)</sup>, la evidencia científica demostró seguridad de dichos fármacos<sup>(8,9)</sup>. Consideramos más apropiado que dichas manifestaciones clínicas podrían ser debidos a los síntomas de abstinencia durante el proceso de abandono o al inadecuado control de su enfermedad.

En conclusión, el abandono del tabaco en el paciente con trastorno bipolar requiere en muchas ocasiones el trabajo multidisciplinar con otras especialidades como Psiquiatría o Psicología Clínica para mejorar el éxito de nuestras intervenciones y, por consiguiente, el mejor control de dichas patologías. No se han demostrado eventos neuropsiquiátricos en los dos casos tratados con vareniclina y terapia sustitutiva con nicotina respectivamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000; 284(20): 2606-10.
2. Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord*. 2011; 13(5-6): 439-53.
3. Jackson JG, Díaz FJ, López L, León J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord*. 2015; 17(6): 575-97.
4. Berk M, Ng F, Wang WV, Tohen M, Lubman DI, Vieta E, et al. Going up in smoke: tobacco smoking is associated with worse treatment outcomes in mania. *J Affect Disord*. 2008; 110(1-2): 126-34.
5. Mineur YS, Picciotto MR. Biological basis for the co-morbidity between smoking and mood disorders. *J Dual Diagn*. 2009; 5(2): 122-30.
6. Thomson D, Berk M, Dodd S, Rapado-Castro M, Quirk S, Ellegaard PK, et al. Tobacco use in bipolar disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2015; 13(1): 1-11.
7. Anthenelli RM, Benowitz N, West R, Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016; 387(10037): 2507-20.
8. Heffner JL, Evins E, Russ C, Lawrence D, Avers CR, McRae T, et al. Safety and efficacy of first-line smoking cessation pharmacotherapies in bipolar disorders: Subgroup analysis of a randomized clinical trial. *J Affect Disord*. 2019; 256: 267-77.
9. Morstad AE, Kutscher EC, Kennedy WK, Carnahan RM. Hypomania with agitation associated with varenicline use in bipolar II disorder. *Ann Pharmacother*. 2008; 42(2): 288-9.

## Carta al Director

# Pandemia por COVID-19, ¿nueva oportunidad para concienciar sobre el abandono de las diversas formas de consumo de tabaco?

32

M. Betrán Orduña, M. Fernando Moreno, V. Moya Álvarez

*Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

*Sr. Director,*

La enfermedad por coronavirus, acrónimo en inglés COVID-19, es una enfermedad infecciosa producida por el virus SARS-CoV-2. Fue reportada por primera vez en la región de Wuhan (China) en diciembre de 2019, extendiéndose posteriormente por todo el mundo hasta ser declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia en marzo de 2020. Esta enfermedad puede producir una afectación sistémica, con una especial predilección por el aparato respiratorio. La gran mayoría de ingresos hospitalarios y de casos más graves se producen por episodios de neumonía e insuficiencia respiratoria aguda grave<sup>(1)</sup>. Varios factores de riesgo se han asociado a esta peor evolución de la enfermedad<sup>(2)</sup>.

Es por todos conocido el riesgo que tiene el humo del tabaco en el sistema inmune y, más concretamente, a nivel pulmonar, favoreciendo el desarrollo de infecciones respiratorias y aumentando su gravedad. Pese a que hasta el momento los estudios realizados son limitados, debido a la rápida progresión de la pandemia, en algunos de ellos parece que puede existir una asociación entre los fumadores y la gravedad clínica

a nivel pulmonar de la infección por la COVID-19, requiriendo con mayor frecuencia ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)<sup>(3)</sup>. También se están llevando a cabo algunos estudios experimentales en los que se ha detectado que en las células alveolares de los fumadores hay una mayor predisposición a desarrollar COVID-19 o a evolucionar a formas más graves<sup>(4)</sup>. Con los datos de los que disponemos parece existir una asociación entre el tabaquismo y la progresión negativa y resultados adversos<sup>(5)</sup>.

Además del riesgo individual, el consumo de tabaco podría aumentar la probabilidad de contagio por la COVID-19, aunque aún se necesita evidencia más sólida sobre este tema. El humo exhalado puede contener partículas víricas, convirtiéndose en un fácil medio de transporte para la transmisión de SARS-CoV-2. La manipulación manual, el contacto mano-boca y con la mascarilla, también puede favorecer esta transmisión<sup>(4)</sup>. Al igual que el cigarro convencional, el cigarrillo electrónico o las pipas de agua, se puede convertir en un potencial agente transmisor del virus SARS-CoV-2.

El diagnóstico de la lesión pulmonar asociada al uso de cigarrillos electrónicos o productos de vapeo (EVALI) puede ser un desafío, ya que los síntomas y las imágenes de la TAC torácica de esta afectación pulmonar son similares a otras enfermedades respiratorias como la neumonía bacteriana, el virus de la gripe estacional o la infección pulmonar por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Para ello, la CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) considera “caso confirmado de

---

*Correspondencia:*

Dra. María Betrán Orduña. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.  
E-mail: mariabetran1992@gmail.com

*Recibido:* 23 de diciembre de 2020. *Aceptado:* 12 de enero de 2021.  
Prev Tab. 2021; 23(1): 32-33

EVALI”, si se ha consumido cigarrillos electrónicos (“vapeo”) en el periodo de 90 días antes de la aparición de síntomas y la presencia de infiltrado pulmonar, con opacidades en la radiografía simple de tórax o afectación en vidrio esmerilado en TC de tórax, en ausencia de infección pulmonar en los análisis iniciales. Los criterios mínimos para descartar infección son: un resultado negativo en el perfil viral respiratorio y un resultado negativo en la prueba PCR-RT (reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real), o prueba rápida para influenza, si la epidemiología local apoya la realización de pruebas y son negativos los resultados en todas las demás pruebas de detección de enfermedad respiratoria infecciosa clínicamente indicadas (antígeno de *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella* en orina, cultivo de esputo si hay tos productiva, cultivo de lavado broncoalveolar si se realiza, hemocultivos e infecciones respiratorias oportunistas relacionadas con el VIH si corresponde) y no hay evidencia en los registros médicos de diagnósticos alternativos aceptables (proceso cardíaco, reumatológico o neoplásico...)<sup>(6)</sup>.

Todo lo anteriormente expuesto parece demostrar una vez más y en un escenario inédito, los efectos nocivos del hábito tabáquico, no solo para el consumidor sino también para todos los que están a su alrededor. Quizás esta nueva situación nos puede ayudar a seguir concienciando a la población de los riesgos perjudiciales del consumo.

También, la prohibición de fumar en la vía pública o en espacios al aire libre cuando no se pueda respetar una distancia interpersonal mínima de dos metros, —medidas adoptadas por el Ministerio de Sanidad en agosto de 2020 con el fin de evitar o minimizar la transmisión del virus y respaldada por las autonomías como plan de contingencia de la COVID-19—, pueden ayudar a conseguir más ambientes libres de humo, tanto en el momento actual como de cara al futuro.

Ahora, y como una nueva oportunidad para que el mensaje llegue a más población, resultaría interesante centrar nuestros esfuerzos en las campañas de concienciación pública, enfatizando los efectos nocivos del tabaco, tanto para que los consumidores aumenten su motivación para abandonar el hábito, como para que los no fumadores no lo inicien.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13): 1239-42.
2. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*. 2020; 94: 91-5.
3. Liu W, Tao ZW, Wang L, Yuan ML, Liu K, Zhou L, et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl)*. 2020; 133(9): 1032-8.
4. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Sohal SS. Smoking upregulates angiotensin-converting enzyme-2 receptor: A potential adhesion site for novel coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). *J Clin Med*. 2020; 9(3): 841.
5. Jiménez-Ruiz CA, López-Padilla D, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent R, Solano-Reina S, de Granda-Orive JI. COVID-19 y tabaquismo: revisión sistemática y metaanálisis de la evidencia. *Arch Bronconeumol*. 2021; 57(S1): 21-34.
6. Perrine CG, Pickens CM, Boehmer TK, King BA, Jones CM, DeSisto CL, et al. Characteristics of a multistate outbreak of lung injury associated with E-cigarette use, or vaping. United States, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019; 68: 860-4.

## Carta al Director

# Más allá del COVID-19

M.L. Clemente Jiménez, J. Gómez Marcos

34

*Médico de Familia. Centro de Salud La Jota. Zaragoza.*

*Sr. Director,*

En estos últimos 12 meses la enfermedad por el nuevo coronavirus, la COVID-19, nos ha cambiado la vida desde todos los puntos de vista: personal, familiar, social y laboral.

Se ha cambiado la manera de atender a los pacientes, pasando de ser presencial, a ser telefónica.

Con la declaración del estado de alarma, en Atención Primaria, la mayor parte de las consultas específicas (tabaquismo, cirugía menor, etc.) quedaron relegadas a un segundo plano, en el mejor de los casos, y desapareciendo en la mayor parte de ellas.

En situaciones excepcionales, como ha sido el ejemplo de la Dra. Alcorta en el Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid<sup>(1)</sup>, las pocas consultas de tabaquismo que sobrevivimos también nos tuvimos que reinventar, pasando a ser telefónicas.

Tras los dos primeros meses de pandemia, en los que la actividad asistencial fue casi exclusivamente COVID, se creó un equipo de cuatro Médicos Internos Residentes y un adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria

especialista en tabaquismo. Se recuperaron las citas de la consulta de tabaco canceladas. Se realizaron tres tipos de consulta telefónica, siendo el eje de todas ellas la entrevista motivacional. En la primera consulta se realizó anamnesis, incidiendo en el consumo tabáquico e intentos previos de cese, antecedentes médicos, medicación actual, motivación para dejar de fumar y dependencia nicotínica. Se mandó, desde el correo electrónico institucional, información que previamente se explicó por teléfono al paciente. Esta incluía una guía general sobre cómo dejar de fumar, mejores aplicaciones para dejar de fumar<sup>(2)</sup> y videos tutoriales sobre cómo dejar fumar<sup>(3)</sup>, que se colgaron en el Facebook de nuestro Centro de Salud.

En la segunda cita, que se establecía a los siete días, se elegía el día D, se resolvían dudas y temores, se establecía un plan de deshabituación tabáquica y se programaban las visitas de seguimiento. En estas últimas se realizó control de síntomas, tanto de efectos de la medicación como del síndrome de abstinencia, resolución de conflictos, revisión de pactos con el paciente, reconocimiento de logros, refuerzo positivo, prevención de recaídas y apoyo, con búsqueda de soluciones conjuntas, ofreciendo la posibilidad de citarse en la unidad en caso de necesidad o situación que perturbase al paciente, incluso antes de la cita programada.

Tras cinco meses, la percepción es de una buena aceptación por parte de los usuarios, así como resultados positivos de cese tabáquico. Los pacientes agradecen la continuidad en las consultas de patologías no COVID.

No debemos olvidar, que el consumo de tabaco sigue siendo la principal causa prevenible y evitable de enfer-

---

### *Correspondencia:*

Dra. M<sup>a</sup> Lourdes Clemente Jiménez. Médico de Familia. Centro de Salud La Jota. Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón. Av. La Jota, 42. 50015 Zaragoza  
E-mail: mlclementeji@gmail.com

*Recibido:* 11 de enero de 2021. *Aceptado:* 28 de enero de 2021.  
Prev Tab. 2021; 23(1): 34-35

medad y muerte prematura en los países desarrollados, y que los fumadores, por un lado, si se contagian de la COVID-19, evolucionan peor que los no fumadores y además tienen más riesgo de contagiarse y de contagiar a las personas de su alrededor (al quitarse la mascarilla para fumar).

Por todo ello, en estos tiempos difíciles, sigamos ayudando a dejar de fumar a nuestros pacientes, tanto por ellos, como por el resto de la comunidad, porque a día de hoy, no todo es la COVID-19.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alcorta A, Perpiñá P, Matesanz C, Jiménez M, Ángel JA, Buendía MJ. Teleintervención: innovando en la consulta de tabaco. A propósito de un caso. *Prev Tab.* 2020; 22(2): 76-80.
2. Las 5 mejores aplicaciones para dejar de fumar. Disponible en: <https://tevafarmacia.es/ofservicios/esalud/las-5-mejores-aplicaciones-para-dejar-de-fumar>
3. Unidad Especializada de tabaquismo Oviedo. Disponible en: <https://www.youtube.com/c/UnidadEspecializadaTabaquismoOviedo/playlists>

# Normas de Publicación

36

**PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO** considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con el tabaquismo, en su aspecto clínico médico experimental. Fundamentalmente la Revista consta de las siguientes secciones:

## EDITORIAL

Comentario crítico que realiza un experto sobre un trabajo original que se publica en el mismo número de la Revista o por encargo desde el Comité de Redacción, sobre un tema de actualidad. Extensión máxima de cuatro páginas DIN A4 en letra cuerpo 12 a doble espacio.

El contenido del artículo puede estar apoyado en un máximo de 7 citas bibliográficas.

## ORIGINALES

Trabajos preferentemente prospectivos, con una extensión máxima de 12 DIN A4 a doble espacio y hasta 6 figuras y 6 tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.

## CARTAS AL DIRECTOR

La Revista tiene especial interés en estimular el comentario u objeciones relativas a artículos publicados recientemente en ella y en las observaciones o experiencias concretas que permitan resumirse en forma de carta. La extensión máxima será de 2 DIN A4 a doble espacio, un máximo de 6 citas bibliográficas y una figura o una tabla. El número de firmantes no podrá ser superior a tres.

## OTRAS SECCIONES

Los comentarios editoriales, revisiones, temas de actualidad, números monográficos u otros, son encargos expresos del Comité de Redacción. Los autores que

deseen colaborar espontáneamente en algunas de estas secciones deberán consultar con anterioridad con el mencionado Comité.

## ENVÍO DE MANUSCRITOS

Se escribirán en hojas DIN A4 mecanografiadas a doble espacio (máximo 30 líneas de 70 pulsaciones), numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho. Los trabajos se remitirán por e-mail a: carmen.rodriguez@ergon.es

Deben ir acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos, indicando en qué sección deben incluirse, y haciendo constar expresamente que se trata de un trabajo original, no remitido simultáneamente a otra publicación. Asimismo, se incluirá cesión del Copyright a la Revista firmada por la totalidad de los autores.

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos que le sean remitidos y se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere adecuados para su publicación, así como de proponer las modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

## ESTRUCTURA

Como norma se adoptará el esquema convencional de un trabajo científico. Cada parte comenzará con una nueva página en el siguiente orden:

1. En la primera página se indicará por el orden en que se citan: título del trabajo, nombre y apellidos de los autores, centro y servicio (s) donde se ha realizado, nombre y dirección para correspondencia, y otras especificaciones que se consideren necesarias.
2. En la segunda página constará: a) el resumen, de aproximadamente 200 palabras, con los puntos esenciales del trabajo, comprensibles sin necesidad de recurrir al artículo; y b) palabras clave en número de tres, de acuerdo con las incluidas en el *Medi-*

cal Subject Headings, del *Index Medicus*. El Comité Editorial recomienda la presentación estructurada del resumen, siguiendo el esquema siguiente: 1) objetivos; 2) pacientes y método; 3) resultados y 4) conclusiones.

3. En la tercera página y siguientes constarán los diferentes apartados del trabajo científico: introducción, pacientes y métodos, resultados, discusión y conclusiones y bibliografía. La introducción será breve y proporcionará únicamente la explicación necesaria para la comprensión del texto que sigue. Los objetivos del estudio se expresarán de manera clara y específica. En él se describirán el diseño y el lugar donde se realizó el estudio. Además se detallará el procedimiento seguido, con los datos necesarios para permitir la reproducción por otros investigadores. Los métodos estadísticos utilizados se harán constar con detalle. En los resultados se expondrán las observaciones, sin interpretarlas, describiéndolas en el texto y complementándolas mediante tablas o figuras. La discusión recogerá la opinión de los autores sobre sus observaciones y el significado de las mismas, las situará en el contexto de conocimientos relacionados y debatirá las similitudes o diferencias con los hallazgos de otros autores. El texto terminará con una breve descripción de las conclusiones del trabajo.

## AGRADECIMIENTO

Si se considera oportuno, se citará a las personas o entidades que hayan colaborado en el trabajo. Este apartado se ubicará al final de la discusión del artículo.

## TABLAS Y FIGURAS

Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de las tablas y de las figuras con números arábigos; b) enunciado o título correspondiente; c) una sola tabla por cada hoja de papel. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Las figuras se presentarán también en hoja aparte, numeradas por orden correlativo de aparición, que se señalará en el texto. Los pies de las mismas se presentarán en hoja aparte. Las figuras y gráficos deberán tener buena calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía deberá contener únicamente las citas más pertinentes, presentadas por orden de aparición en el texto y numeradas consecutivamente. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres si son uno o dos. Cuando sean más, se citará tan solo al primero, seguido de la expresión et al. y en ambos casos, el número de la cita correspondiente. Los originales aceptados, pero aún no publicados, pueden incluirse entre las citas, con el nombre de la revista, seguido por “en prensa”, entre paréntesis.

Las citas bibliográficas deberán estar correctamente redactadas y se comprobarán siempre con su publicación original. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el *Index Medicus* y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las normas de Vancouver (disponibles en <http://www.icmje.org>).

## NOTAS FINALES

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la Revista, que serán valorados por revisores anónimos y por el mismo Comité de Redacción, que informará acerca de su aceptación. Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado, en especial en las secciones por encargo. Se recomienda utilizar sobres que protejan adecuadamente el material y citar el número de referencia de cada trabajo en la correspondencia con la Editorial.

El primer autor recibirá por correo electrónico las galleradas para su corrección, debiendo devolverlas a la Secretaría de la Revista a la dirección reseñada dentro de las 48 horas siguientes a la recepción.