



## ORIGINAL

### Unidad de tabaquismo de Albacete

*Autores:* Godoy Mayoral R<sup>1</sup>, Callejas González FJ<sup>1</sup>, Cruz Ruiz J<sup>1</sup>, Genovés Crespo M<sup>2</sup>, Tornero Molina AI<sup>1</sup>, Tárraga López PJ<sup>3</sup>, Rodríguez Montes JA<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Albacete.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Albacete.

<sup>3</sup> Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete. Albacete.

<sup>4</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

#### Resumen:

**Introducción:** Nuestro objetivo fue ver el tipo y características de los pacientes de nuestra unidad.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo sobre todos los pacientes que acudieron a la Unidad de tabaquismo de Albacete desde 2008 hasta 2012. Se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y la media para las cuantitativas.

**Resultados:** 1484 pacientes, de los que 763 (51,4%) eran hombres de edad media 46,85 años. Fumaban rubio el 75,8 %, negro 8,8% y light 12,7%. La edad de inicio fue de 17,6 años y el número de intentos previos 1,48. El número de cigarrillos al día era de 25,39, el test de Fagerström 6,04 y el de Richmond 8,13, y la cooximetría 16,65. Un 15% presentaba Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), un 8% asma y un 9,4% Síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS). Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia (DLP) estuvo presente en el 19%, 10,7% y 29,4% respectivamente. Un 39,3% de la muestra presentó comorbilidad psiquiátrica. Los pacientes fueron derivados en su mayor parte desde neumología y atención primaria, 33 y 38,7% respectivamente.

**Conclusiones:** nuestros pacientes se distribuyen entre ambos sexos. La edad a la que nos piden ayuda es los 46 años. Tiene importantes comorbilidades entre las que destaca la psiquiátrica.

**Palabras clave:** Tabaquismo; cesación tabáquica; comorbilidad.

#### Resume:

**Introduction:** Our objective was to see the type and characteristics of the patients in our unit.

**Material and Methods:** Retrospective and descriptive study of all patients attending the Albacete smoking unit from 2008 to 2012. The average for quantitative variables and absolute and relative frequencies for qualitative ones were used.

**Results:** 1484 patients, of which 763(51,4%) were men of 46.85 years. Blonde smoked 75.8%, 8.8% black and light 12,7% . The age of onset was 17.6 years and the number of previous attempts 1,48. The number of cigarettes per day was 25.39, the Fagerström 6.04 and Richmond 8.13, and cooximetry 16.65. 15% had COPD, 8% asthma and 9.4% SAHS. Hypertension (HTA), diabetes mellitus (DM) and dyslipidemia (DLP) was present in 19%, 10.7% and 29.4% respectively. 39.3% of the sample presented psychiatric comorbidity. Patients were derived mostly from respiratory medicine and primary care: 33 and 38.7% respectively.

**Conclusions:** our patients were distributed between the sexes. The age at which ask us for help was 46. It had significant comorbidities among which psychiatric was important.

**Keywords:** Smoking; smoking cessation; comorbidity.

#### Introducción:

El tabaquismo es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenibles y evita-

ble en los países desarrollados<sup>1</sup>. Múltiples enfermedades y condiciones patológicas están directamente causadas o se han relacionado con la exposición al tabaco<sup>2</sup>.

El riesgo de muerte por las enfermedades asociadas al consumo de tabaco se reduce tras el cese de fumar<sup>3,4</sup>. Dejar de fumar, incluso en edades medias de la vida, antes de desarrollar una enfermedad asociada con el consumo de tabaco, reduce de forma decisiva el riesgo.

El tabaquismo es una enfermedad sistémica y como tal está incluida en la versión del 2015 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la CIE-10 en el apartado F-17 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco)<sup>5-7</sup>.

El diagnóstico adecuado del tabaquismo influye en la elección del tratamiento y en las posibilidades de éxito y pronóstico.<sup>8</sup>

En las Unidades para dejar de fumar se hace el diagnóstico y tratamiento.

Nuestro objetivo fue ver el tipo y características de los pacientes que acudieron a nuestra unidad..

**Material y métodos:**

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo del Complejo Hospitalario de Albacete.

Nuestra Unidad de tabaquismo acaba de ser acreditada por el Sistema de acreditación de la sociedad española de patología respiratoria (SEPAR). Surgió en el 2003 con el “Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010”, desarrollado por el servicio de salud de Castilla-La Mancha(DESCAM).

Nuestra Unidad recibía pacientes de toda la provincia de Albacete.

Se hizo una base de datos que fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro hospital. Esta base de datos fue anonimizada para no afectar a los derechos de privacidad de nuestros pacientes. Se incluyeron en este estudio todos los pacientes que pasaron por la consulta entre el 1 de Enero de 2008 y el 31 de Diciembre de 2012.

Se hizo una revisión descriptiva de los datos, utilizando el programa SSPS 20.0 versión para Mac. Se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas para la medición de las variables cualitativas, y la media con la desviación estándar para las cuantitativas.

Se midieron las características de los pacientes sexo y edad, las variables relacionadas con su hábito tabáquico (tipo de tabaco, edad de inicio, intentos previos, cigarrillos-día, Test de Fagerström y Richmond y cooximetría) y por último las patologías acompañantes (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Asma, Síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), Enfermedad respiratoria, cardiovascular o ambas, hernia de hiato, patología tiroidea, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, otras drogas, alcohol y comorbilidad psiquiátrica) y la procedencia del paciente (Neumología,

Atención Primaria (AP), Cardiología, Psiquiatría, DESCAM (pacientes que se acogieron a la subvención que proporcionó el propio DESCAM para personal educativo y sanitario) y Otros, que fueron Medicina Interna, Alergología, Otorrinolaringología, Endocrinología, Neurología, Digestivo, Salud Laboral, Radioterapia, Oncología y Geriátrica).

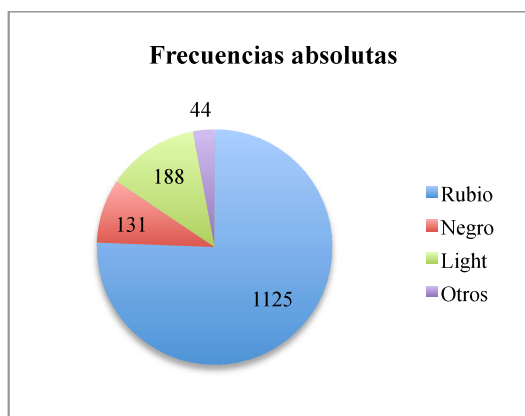
**Resultados:**

Se estudiaron 1484 pacientes, de los que 763 eran hombres, que correspondía al 51,4 %. La edad media fue de 46,85 años (Tabla 1).

Mujer	721
Hombre	763 (51,4%)
Edad	46,85 (DS 11,3)

**Tabla 1.** Características de los pacientes.

En cuanto a las variables relacionadas con su hábito tabáquico: El tipo de tabaco que fumaban (figura 1) era en su mayoría rubio, el 75,8 % unos 1125 pacientes, negro 131 pacientes, un 8,8%, y light 188 pacientes, 12,7%. Había un grupo minoritario de pacientes que eran 40 (2,7%) que fumaban mezclas de tabacos u otras formas de consumo que no fueron recogidas. La edad de inicio fue de 17,6 años y el número de intentos previos de dejarlo 1,48. El número de cigarrillos al día era de 25,39, el test de Fagerström 6,04 y el de Richmond 8,13, y la cooximetría 16,65 (Tabla 2).



**Figura 1.** Tipo de tabaco

Edad inicio	17,6 (DS 4,51)
Nº de intentos previos	1,48 (DS 1,82)
Nº de cigarrillos / día	25,39 (DS 11,89)
Test de Fagerström	6,04 (DS 2,28)
Test de Richmond	8,13 (DS 1,45)
Cooximetría	16,65 (DS 9,25)

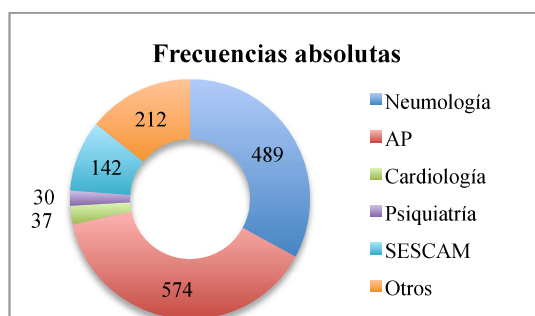
**Tabla 2.** Variables relacionadas con el tabaco y la dependencia (Nº= número)

En cuanto a las comorbilidades (Tabla 3), un 15%, es decir 222, presentaba enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), un 8% (118), asma y un 9,4% (140), síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS). Globalmente presentaron patología respiratoria 426, un 28,7% de los pacientes (ER), 68, un 4,6% patología cardiovascular (ECV) y ambas (ER/ECV) 52, un 3,5%. Hernia de hiato y patología tiroidea la sufrió un 7,2 (107) y un 3,8% (57), respectivamente, y respecto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la hiper-

tensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM) y la dislipemia (DLP) estuvo presente en el 19% (282 pacientes), 10,7% (159) y 29,4% (436), respectivamente. 106, un 7,1% de los pacientes, consumían drogas, exceptuando el alcohol y tabaco, y un 12,6% (187), alcohol. 583 pacientes, un 39,3% de la muestra, presentó comorbilidad psiquiátrica (CPs). Los pacientes fueron derivados en su mayor parte desde neumología y atención primaria (figura 2): 489 (33%) y 574 (38,7%) respectivamente. Otros sitios desde donde se derivaron pacientes fueron: Cardiología, Psiquiatría, SESCAM, etc..

EPOC	222 (15%)
Asma	118 (8%)
SAHS	140 (9,4%)
ER	426 (28,7%)
ECV	68 (4,6%)
ER/ECV	52 (3,5%)
Hernia de hiato	107 (7,2%)
Patología tiroidea	57 (3,8%)
HTA	282 (19%)
DM	159 (10,7%)
DLP	436 (29,4%)
Otras drogas	106 (7,1%)
Alcohol	187 (12,6%)
Comorbilidad Psiquiátrica	583 (39,3%)

**Tabla 3.** Comorbilidades. (EPOC= Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SAHS= Síndrome de apneas hipopneas del sueño; ER= Enfermedad respiratoria; ECV= Enfermedad cardiovascular; HTA= Hipertensión arterial; DM= Diabetes; DLP= Dislipemia)



**Figura 2.** Procedencia de los pacientes.

## Discusión:

En nuestra serie había más fumadores varones que mujeres, aunque no había una diferencia muy importante. Esto es acorde con los datos que tenemos de la encuesta nacional de salud (ENS)<sup>9</sup>, donde sigue habiendo más hombres fumadores que mujeres, aunque el porcentaje de hombres fumadores baja a más velocidad que el de mujeres.

La edad media fue de entre 46 y 47 años, en el grupo de edad donde más fumadores se concentra, que según la ENS es el de los 25 a 54 años.

La edad media de inicio del tabaquismo en Castilla La Mancha según la Encuesta Nacional de Salud del ministerio de sanidad y asuntos sociales es de 17,2 años<sup>9</sup>. Esta edad coincide con la media a nivel de España. Los pacientes seleccionados en nuestra muestra empezaron a fumar un poco antes a los 16,7 años.

En cuanto a las comorbilidades parece necesario especificar las que tienen más relación con el tabaco como las respiratorias y cardiovasculares, aunque se han especificado algunas patologías que también son significativas: gastrointestinal y tabaco, etc. Llama la atención el alto porcentaje de dislipémicos, un 29% aproximadamente, sin embargo en un estudio sobre la prevalencia de la dislipemia en las consultas de primaria en el sistema nacional de salud, se estimó que estaba en un 25% aproximadamente<sup>10</sup>.

También llama la atención el porcentaje de pacientes con comorbilidad psiquiátrica, que en nuestra muestra era el 37%, sin embargo la literatura nos dice que en el mundo desarrollado la mitad de quienes solicitan ayuda para dejar de fumar tienen comorbilidad psiquiátrica<sup>11-13</sup>. Los pacientes de nuestra muestra se sitúa entre la cifra anterior y las cifras de prevalencia en la población general que según los estudios está entre el 17 y el 20%<sup>14,15</sup>.

Nuestro estudio tiene la limitación de ser un estudio retrospectivo. Además los pacientes se seleccionaron de forma consecutiva a medida, si atendían o no a la consulta, sin embargo la muestra es bastante extensa.

También existe una limitación en la forma de tratamiento de los resultados de los test tanto de Richmond como de Fagerström. El tratamiento que se le ha dado es como si fueran escalas cuantitativas continuas y se ha extraído la media para el estudio. Quizás hubiese sido más correcto extraer la mediana, pero se optó por la media al ser una medida más intuitiva y comprensible, y al no haber grandes diferencias con el cálculo de la mediana.

En conclusión, nuestros pacientes se distribuyen entre ambos sexos de forma muy parecida, aunque predominando ligeramente en los hombres. La edad a la que nos piden ayuda es los 46 años. Tiene importantes comorbilidades, entre las que destaca, dejando de lado la respiratoria y cardiovascular, la psiquiátrica. Hay muchos dislipémicos, pero ésta es una patología frecuente en la población general.

**Conflicto de intereses:** No se tiene.

## Bibliografía:

1. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of Surgeon General, 1989. Rockville, Maryland. US DHHS, PHS, CDC, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989. DHHS Publication No (CDC) 89-8411. 1989.
2. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. [Atlanta, Ga.]: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Washington, D.C.: For

- sale by the Supt. of Docs., U.S. G.P.O., 2004. [Cited 10 Aug 2015]. Available from: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2004/pdfs/executive\\_summary.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/executive_summary.pdf).
3. California Environmental Protection Agency: Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Final report and appendices. Sacramento, CA. California Environmental Protection Agency. Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997.
  4. Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. *JAMA*. 2008; 299:2037-47.
  5. The World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
  6. WHO. International Classification of Diseases (ICD). [Cited 07 Jul 2015]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
  7. de Granda Orive JJ. El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. En: Jiménez-Ruiz CA y Fagerström KO (Ed). Tratado de Tabaquismo. 2a Edición. Madrid. Ergon.2007. p. 99-119.
  8. Rábade Castedo C, Lama López A, Dablanca Pallares M. Aproximación diagnóstica del paciente fumador. En: Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimientos 2015; 32:9-29.
  9. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Portal estadístico del SNS [Intrenet]. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. [Cited 9 Aug 2015]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
  10. Vegazo, O., Banegas, J. R., Civeira, F., Serrano Aisa, P. L., Javier Jiménez, F., & Luengo, E. (2016). Prevalencia de dislipemia en las consultas ambulatorias del Sistema Nacional de Salud: Estudio HISPALIPID. *Medicina Clínica*, 147(7), 331–334. <http://doi.org/10.1157/13092314>
  11. Lasser K, Boyd W, Woolhandler S, et al. Smoking and mental illness: a population based prevalence study. *JAMA* 2000, 284(20): 2606-2610. doi:10.1001/jama.284.20.2606.
  12. Serebrisky D. Tabaquismo en pacientes psiquiátricos. En Serebrisky D y Müller FW (Ed). Tabaquismo y Enfermedad Psiquiátrica. Herramientas para la acción. 1ª edición. Argentina. Sciens. 2012. P 67-80. ISBN: 978-987-27370-2-3
  13. Ziedonis D, Williams JM, Smelson D. Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *Am J Med Sci* 2003; 326(4):223-230.
  14. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-5.
  15. Rábade Castedo C, Lama López A, Dablanca Pallares M. Aproximación diagnóstica del paciente fumador. En: Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimientos 2015; 32:9-29.