

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y PEDIATRÍA



TESIS DOCTORAL

**Tabaquismo y Calidad de Vida
Relacionada con la Salud**

DOCTORANDO: MARCOS GARCÍA RUEDA


DIRECTOR: ANTONIO J GARCÍA RUIZ

ENERO 2016



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Marcos García Rueda

 <http://orcid.org/0000-0002-9705-4800>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y PEDIATRÍA

Tesis Doctoral

TABAQUISMO Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD

Doctorando

Marcos García Rueda

Director

Antonio J García Ruiz

Málaga 2015



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y PEDIATRÍA

Don Antonio J García Ruiz, Profesor Titular de Farmacología y Terapéutica Clínica,

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación que presenta D. Marcos García Rueda sobre “*Tabaquismo y Calidad de Vida relacionada con la Salud*” ha sido realizado bajo mi dirección y considero que tiene el contenido y rigor científico necesario para ser sometido al superior juicio de la comisión que nombre la Universidad de Málaga para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expido y firmo el presente certificado en Málaga, 2015.

Antonio J García Ruiz



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	3
<i>El problema del tabaquismo</i>	<i>3</i>
<i>A nivel mundial</i>	<i>4</i>
<i>A nivel de la Unión Europea</i>	<i>4</i>
<i>A nivel de España.....</i>	<i>4</i>
<i>A nivel de Andalucía</i>	<i>4</i>
<i>Pérdida de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....</i>	<i>5</i>
COSTES DEL TABAQUISMO	6
<i>Costes directos</i>	<i>6</i>
<i>Costes indirectos</i>	<i>6</i>
<i>Costes directos e indirectos.....</i>	<i>6</i>
<i>Costes de oportunidad.....</i>	<i>7</i>
<i>Coste del tabaquismo pasivo.....</i>	<i>8</i>
<i>Coste del tabaquismo en la EPOC.....</i>	<i>8</i>
JUSTIFICACIÓN	11
NECESIDADES	13
POLÍTICA ASISTENCIAL EFICAZ.....	13
OBJETIVO	17
MATERIAL Y MÉTODO.....	21
DISEÑO.....	23
<i>Criterios de Inclusión y de Exclusión.....</i>	<i>23</i>
<i>Criterios de Valoración</i>	<i>24</i>
<i>Consideraciones respecto a los criterios de valoración.....</i>	<i>26</i>
<i>Cuaderno de Recogida de Datos.....</i>	<i>27</i>
MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	28
<i>EuroQol-5D.....</i>	<i>28</i>
<i>Saint George's Respiratory Questionnaire</i>	<i>29</i>
INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO	31
<i>Tratamiento para dejar de fumar</i>	<i>32</i>
ANÁLISIS.....	33
<i>Análisis estadístico.....</i>	<i>33</i>
<i>Análisis de la Utilidad.....</i>	<i>33</i>
ASPECTOS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS	34

RESULTADOS	35
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO	37
COMORBILIDADES	39
CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES.....	40
<i>Clasificación de los pacientes según la limitación al flujo aéreo</i>	<i>40</i>
<i>Clasificación según escala MRC.....</i>	<i>40</i>
CARACTERIZACIÓN DEL TABAQUISMO DE LOS PACIENTES.....	41
<i>Tipo de consumo</i>	<i>43</i>
<i>Tratamiento utilizado en intentos previos de cesación.....</i>	<i>43</i>
<i>Tratamiento farmacológico utilizado para dejar de fumar.....</i>	<i>45</i>
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y UTILIDAD	46
<i>Saint George's Respiratory Questionnaire</i>	<i>46</i>
<i>EuroQol-5D.....</i>	<i>48</i>
<i>Análisis de utilidad.....</i>	<i>49</i>
DISCUSIÓN	53
LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	55
<i>Tamaño muestral.....</i>	<i>55</i>
<i>Seguimiento.....</i>	<i>55</i>
<i>Tiempo de consulta</i>	<i>55</i>
<i>Recuerdo.....</i>	<i>56</i>
<i>Gravedad de la enfermedad.....</i>	<i>56</i>
<i>Determinación de la abstinencia.....</i>	<i>57</i>
<i>Tratamiento farmacológico utilizado para dejar de fumar.....</i>	<i>58</i>
<i>Sesgo del investigador</i>	<i>58</i>
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	59
<i>Saint George's Respiratory Questionnaire</i>	<i>60</i>
<i>EuroQol-5D.....</i>	<i>62</i>
TABAQUISMO.....	65
<i>Tratamiento utilizado en intentos previos de cesación.....</i>	<i>65</i>
<i>Efectividad de la intervención.....</i>	<i>66</i>
CONCLUSIONES	69
ANEXOS.....	73
ABREVIATURAS Y TÉRMINOS	75
HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE	79
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	85
VISITA BASAL.....	89
VISITA 6 MESES	109
HOJA DE REVISIONES	125
HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	131
BIBLIOGRAFÍA	135





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

INTRODUCCIÓN





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El problema del tabaquismo

El consumo de tabaco permanece desde el siglo pasado como el principal problema de Salud Pública de los países desarrollados, al ser factor de riesgo o etiológico de múltiples patologías y primera causa identificada de mortalidad y morbilidad evitables (1).

El tabaco fue la causa de 100 millones de muertes durante el siglo XX, y, si las tendencias actuales continúan, aproximadamente 1000 millones de personas morirán durante el siglo XXI a causa de su consumo (2).

Fumar ocasiona, al menos, unos 10 años de vida perdidos (3) y hasta un 21% de todas las muertes según la Organización Mundial de la Salud, siendo la causa principal de muerte por cáncer, enfermedad cardiovascular y pulmonar (4). Así, es probable que el 20% de la población que viva en países desarrollados muera a consecuencia del tabaco en los próximos años (5).

El tabaco mata a la mitad de todos aquellos que lo consumen durante su vida, falleciendo anticipadamente el 50% de ellos en edades medias (entre 35 y 69 años de edad), cifra que, conforme avanzan las series epidemiológicas en estudio, va alcanzando valores mayores del 60-66% (3).

Con todo esto, es importante conocer que, dejar de fumar antes de los 40 años de edad reduce el riesgo de muerte asociada en relación a seguir fumando en un 90% (6), y, en edades posteriores, incluso una reducción en el consumo se ha reflejado en una disminución de la mortalidad objetivable hasta más de una década después (7).

A nivel mundial

A nivel mundial, fumar causa casi el 80% de las muertes por cáncer de pulmón en hombres; y casi el 50%, en mujeres. Fumar aumenta el riesgo de infección por tuberculosis (TB), y se prevé que 40 millones de fumadores con tuberculosis (TB) morirán entre 2010 y 2050. Para el año 2030, 8 millones de personas morirán anualmente debido al consumo de tabaco (2).

A nivel de la Unión Europea

A nivel de la Unión Europea, el consumo de tabaco es la causa más importante de enfermedad y muerte (8), matando a unos 650.000 europeos cada año, cifra superior a la población total de Malta o Luxemburgo. El consumo de tabaco causa más problemas de salud que, por ejemplo, la suma de los que causan juntos el alcohol, las drogas ilegales, la hipertensión arterial, la obesidad o el colesterol (9).

A nivel de España

Analizando datos del año 2006, un estudio concluye que una de cada 7 muertes ocurridas cada año en individuos mayores de 35 años en España es atribuible al consumo de tabaco (una de cada 4 en varones y una de cada 29 en mujeres) (10). La mortalidad en mujeres presenta en los últimos años un aumento progresivo a expensas del cáncer de pulmón (11).

A nivel de Andalucía

El tabaquismo es el principal problema de salud pública de Andalucía, está relacionado con más de veinticinco enfermedades y acelera, de manera directa e indirecta, procesos degenerativos que aumentan el riesgo de muerte prematura. Según los datos que aporta la Encuesta Andaluza de

Salud 2011-2012, la prevalencia del tabaquismo en nuestra Comunidad es todavía muy alta y se sitúa en torno al 31% en adultos (12).

Pérdida de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Es de notar que, aparte de la mortalidad que produce, el efecto del tabaquismo sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es muy relevante, así en los estudios más recientes, se señala entre los factores de riesgo más relacionados con la pérdida de años de vida ajustados por calidad (AVACs). Además, resulta relevante que los demás factores identificados, como los dietéticos, el índice de masa corporal elevado, la hipertensión, la glucemia elevada en ayuno, la inactividad física y el consumo de alcohol, todos guardan cierta relación con el hábito tabáquico (13).

Disponemos de estimaciones del estudio danés sobre esperanza de salud (media de años de vida con buen estado de salud) realizado a principios de siglo, que encontró que, además de la pérdida de años de vida que sufre el fumador por morir antes de lo que le correspondería, una buena parte de los años que vive, lo hace en peores condiciones de salud (14). Así, tanto hombres como mujeres grandes fumadores, presentaban respectivamente 8 y 12 años de vida en peores condiciones de salud respecto a los que nunca fumaron. Un estudio holandés anterior ya había encontrado datos similares (15). A pesar de ello, se conocen los beneficios de dejar de fumar, no sólo en los síntomas respiratorios, sino también en Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (16).

COSTES DEL TABAQUISMO

Costes directos

Todos los efectos del tabaquismo en términos de mortalidad y disminución de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), conllevan una importante repercusión económica (17)

En el año 2000 se estimó que el coste económico del tabaquismo era de unos 100 billones de euros o alrededor del 1% del producto interior bruto de toda la Unión Europea. (9)

Más recientemente, estimaciones conservadoras sitúan los costes directos del tabaco consumido en el estado español en torno a unos 221 millones de dólares anuales (18) .

Costes indirectos

Los estudios habitualmente no incluyen los costes indirectos, tales como pérdidas en la productividad laboral, absentismo, los ocasionados por las colillas tiradas a la basura o al suelo, los daños por incendio, daños al medio ambiente por las prácticas agrícolas destructivas, y por supuesto, el sufrimiento intangible de las víctimas y sus familias. La existencia de este tipo de costes contribuye a fortalecer aún más el argumento de que el consumo de tabaco implica graves consecuencias económicas (19) .

Costes directos e indirectos

Una estimación de ambos tipos de coste fue la realizada por el Banco Mundial (20) en 1999 que evaluó los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y de la morbilidad atribuibles al tabaquismo, estimando que un aumento de 1.000 toneladas en el consumo de tabaco representa 2,6 millones de dólares de beneficios y 29,8 millones de costes. Esto supone una pérdida neta de 27,2 millones de dólares (21) y

conociendo que sólo la producción en Latinoamérica se ha mantenido ininterrumpidamente por encima de las 800.000 toneladas anuales desde 1997 (22), podemos hacernos una idea de la trascendencia del coste generado, que el Banco Mundial estimó en torno a un 6-15% del gasto total en salud empleado por los países de ingresos altos en tratar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. La pérdida económica estimada ascendía a 200.000 millones de dólares anuales, tanto por la atención sanitaria como por la pérdida de productividad en los fumadores (20).

Los últimos estudios, indican además, que el exceso de coste que imponen los fumadores actuales y exfumadores a la sociedad es de cuantía superior a la considerada, ya que los métodos utilizados tradicionalmente para valorarlos, reflejaban cifras muy inferiores a las auténticamente reales (23).

Costes de oportunidad

Otro aspecto a considerar es el relacionado con los costes de oportunidad del hábito de fumar.

El tabaquismo no sólo se correlaciona con mayor comorbilidad, sino también con un aumento en el consumo de recursos sanitarios. Así, el 30% de los fumadores requiere de una media de dos bajas laborales en un período de seis meses. Casi el 50% requiere visitas de Atención Primaria no programadas y más de una cuarta parte acude a Urgencias hospitalarias (24). La magnitud de todo esto es mayor aun, ya que la sociedad se encuentra mas limitada a la hora de destinar recursos en áreas importantes (prevención de la salud, educación, infraestructuras, etc) cuando se ve obligada a emplearlos en tratar las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y sus consecuencias (19) . Además, a nivel individual, la persona fumadora se ve forzada a detraer continuamente una cantidad

sensible (24) de su presupuesto para hacer frente al gasto que supone comprar el tabaco que consume y que, lógicamente, no puede emplear en otros usos.

Coste del tabaquismo pasivo

El tabaco también produce daños en las personas no fumadoras que respiran aire contaminado por humo de tabaco (tabaquismo pasivo), que, aunque difíciles de cuantificar económicamente, pueden aumentar los costes del tabaquismo hasta aproximadamente un 15% (25).

Coste del tabaquismo en la EPOC

El tabaquismo causa casi el 90% de todos los casos de enfisema (3). La mortalidad por EPOC es 14 veces más alta en fumadores que en personas que nunca han fumado (26) siendo especialmente importante el consumo acumulado, ya que en el subgrupo de grandes fumadores esta se incrementa hasta 24 veces.

En el año 2003 los resultados del análisis económico en España estimaron que el coste anual de la EPOC para el sistema sanitario era de 3238 € por paciente, con costes indirectos en torno a los 300 € por paciente, ascendiendo por tanto el coste total para la sociedad de esta enfermedad a los 3538 € por paciente y año.

Una parte muy importante de la carga económica de la EPOC en el sistema sanitario español estaba asociado con el ingreso hospitalario de los pacientes (2708 €), que daba cuenta por casi el 84% del coste directo total de la enfermedad.

Al ser la agudización el principal motivo de ingreso hospitalario por EPOC, un subanálisis del coste mostraba que los pacientes con EPOC

severa se asociaban con costes considerablemente más altos que aquellos que presentaban enfermedad leve (9850 € contra 1316 € por paciente).



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

JUSTIFICACIÓN





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

NECESIDADES

Habiéndose estimado que la mortalidad debida al tabaquismo se mantendrá, al menos, en los niveles actuales durante las próximas décadas (2) , los programas integrales que reflejen la evidencia científica más actual en la prevención y tratamiento del tabaquismo van a tener la potencialidad de reducir el impacto negativo del tabaco en la salud de toda la población.

En este sentido es indispensable avanzar en la investigación en relación al coste de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, el impacto económico de las políticas de control del tabaquismo, así como cuantificar los efectos de programas específicos en la reducción del mismo, su impacto en las enfermedades, y el coste y efectividad de las distintas aproximaciones a su tratamiento (27,28).

POLÍTICA ASISTENCIAL EFICAZ

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala además –en un informe reciente- que si se quiere conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el uso del tabaco en los próximos 30 a 50 años, las medidas de prevención y control deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz (29) , resultando ésta especialmente necesaria en países como el nuestro, en el que medidas de probada eficacia para reducir la prevalencia de la enfermedad, como el aumento del precio del tabaco, parecen ejercer menor efecto del deseado (30) .

Dada la importancia de la EPOC en términos de Salud Pública llama la atención el hecho de que no exista un mayor cuerpo de evidencia sobre el abordaje del tabaquismo en este tipo de pacientes. La investigación debe

potenciarse a este respecto en áreas como la eficacia y efectividad de las intervenciones, entre otras (31).

Así, las intervenciones que reduzcan la progresión de la EPOC en severidad, podrían reducir el impacto de la enfermedad en términos no sólo de salud, sino también, económicos (32) y, entre ellas, la que ha demostrado mayor impacto en términos de salud es la deshabituación tabáquica.

En relación al abordaje del tabaquismo en España se ha señalado que para una adecuada respuesta asistencial al problema, ésta, entre otros, debe estar basada en criterios de coste-efectividad y debe incluir la ayuda para dejar de fumar en la cartera de servicios de Atención Primaria y Especializada (hospitalaria, servicios de salud mental, servicios de atención a drogodependencias, etc.) (29).

La mayoría de personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar (29). Sin embargo, anualmente, sólo entre un 3% y un 5% de quienes fuman, y realizan intentos de cesación, lo consiguen con éxito (33). Además, aproximadamente el 80% de los pacientes que acuden a su profesional sanitario motivados para dejar de fumar se reconoció incapaz de hacerlo por sí mismo y consideró que necesitaba ayuda externa (24).

Los estudios de prevalencia del tabaquismo en pacientes diagnosticados de EPOC reflejan que ésta es similar a la de la población general sin patología (34), así diversos estudios señalan que al menos una tercera parte de los pacientes con EPOC continuaba fumando a pesar de conocer la gravedad de su diagnóstico (35) y parece razonable situar dicha prevalencia en torno al 40% (36), a pesar de que, la cesación tabáquica es el tratamiento mas importante para los fumadores diagnosticados de EPOC (37).

Llama la atención que, en comparación con la población general, los pacientes con EPOC son mas frecuentemente preguntados por el consumo de tabaco, aconsejados para dejar de fumar, diagnosticados en la fase en la que se encuentran, e incluso, les es ofrecido apoyo y seguimiento superiores (38). A pesar de ello, presentan unas tasas de abandono mas bajas (1,4 a 2,6%) (39), aunque el abordaje se haya realizado en periodos en los que son especialmente susceptibles a la intervención (agudización) (40), siendo en esta población mas evidentes los beneficios de tratamientos de mayor intensidad, que proporcionen esa mejoría en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que algunos estudios parecen señalar (41,42) .

Dicho tratamiento debería asociar tanto componentes cognitivo-conductuales como farmacológicos (39,43-45) , constituyendo una unidad especializada en el tratamiento del tabaquismo, el entorno ideal para dicha intervención específica.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

OBJETIVO



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

OBJETIVO

1. Demostrar la Utilidad (aumento de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)) de una consulta especializada de tabaquismo en los pacientes fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) previamente diagnosticada.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

MATERIAL Y MÉTODO



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

DISEÑO

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo, en condiciones reales, de 6 meses de seguimiento.

Inicio inclusión pacientes : 1 de septiembre 2013

Finalización de la inclusión : 1 de septiembre de 2014

Criterios de Inclusión y de Exclusión

Aparecen reflejados en las tablas 1 y 2 .

Tabla 1 . Criterios de inclusión

Criterios de inclusión
1. Mujeres y hombres fumadores de más de 40 años de edad.
2. Diagnóstico de EPOC de acuerdo con la guía GOLD establecido desde, al menos, seis meses antes de la inclusión en el estudio.
3. Expresada motivación para dejar de fumar.
4. Pacientes fumadores de ≥ 5 cigarrillos/día.
5. Haber firmado el consentimiento informado.

Tabla 2 . Criterios de exclusión

Criterios de exclusión
1. Diagnóstico de EPOC reciente (< 6 meses)
2. Tratamiento con corticoides sistémicos u hospitalizaciones por exacerbaciones de la EPOC durante las 4 semanas anteriores a la inclusión en el estudio.
3. Inclusión en programa de rehabilitación respiratoria actual o reciente (3 meses previos).
4. Ausencia de estabilidad en las condiciones de salud.
5. Abuso de alcohol o drogas (excepto nicotina) durante la semana anterior a la inclusión en el estudio.
6. Imposibilidad de cumplir las condiciones del estudio.

Se consideró necesario que los pacientes cumplieran todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión para entrar en el estudio.

Criterios de Valoración

Se valoraron datos demográficos, clínicos y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), así como específicos de tabaquismo.

Los principales criterios y variables valorados fueron los siguientes:

- Demográficos : Edad, Sexo, Nivel de estudios, Situación Laboral, Situación Familiar

- Clínicos
 - Comorbilidades
 - Tratamientos concomitantes
 - Exacerbaciones
 - Constantes vitales: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, tensión arterial y saturación de oxígeno
- Pruebas diagnósticas:
 - Biometría (peso, talla, IMC)
 - Espirometría y test broncodilatador
 - Biomarcadores (CO espirado)
 - Escala MRC de disnea
 - Inventario de depresión de Beck
 - Cuestionario CAT
 - Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea
 - Tests de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)
 - Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EuroQol-5D (EQ-5D)
 - Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)
 - Específicos de tabaquismo
 - Edad de inicio del consumo de tabaco
 - Tipo de consumo
 - Número de cigarrillos consumidos a diario durante la última semana
 - Número de cigarrillos consumidos a diario durante el último año
 - Índice de consumo acumulado de tabaco
 - Test de la recompensa

- Número de intentos número de intentos previos
- Máxima duración de abstinencia en intentos previos
- Tratamientos utilizados en los intentos previos
- Ítems de tabaquismo pasivo
- Escalas analógicas visuales de motivación y autoeficacia
- Test de Fagerström de dependencia
- Heaviness Smoking Index
- Cuantificación del síndrome de abstinencia
- Tratamientos farmacológicos utilizados para dejar de fumar
- Efectos secundarios de los tratamientos
- Objetivación de abstinencia

Consideraciones respecto a los criterios de valoración

La información clínica fue obtenida a través de la declaración de los propios pacientes en cada día de consulta, registro de su historia digital en salud DYRAYA y Diraya Atención Hospitalaria (DAH), Novahis y otros registros, así como la historia clínica en papel, pero fue proporcionada en relación a la asistencia médica por todos los facultativos a los que tuvieron acceso en el periodo de estudio.

Respecto a la valoración de la abstinencia se utilizaron los 6 criterios para los estándares de Russell propuestos por West y colaboradores (46) para el análisis estadístico posterior, sin perjuicio de otras interpretaciones.

Una exacerbación de la EPOC fue definida como un evento agudo, caracterizado por un empeoramiento de los síntomas respiratorios del paciente, mas allá de las variaciones usuales de un día para otro que se

producen habitualmente en la enfermedad, y que da lugar a un cambio en la medicación (47) .

La exacerbación se definió como leve si requirió un cambio en el tratamiento inhalado por parte del paciente, se consideró de severidad moderada si necesitó la intervención médica y tratarse con glucocorticoides sistémicos, antibióticos o ambos y severa si requirió ingreso hospitalario. Las estancias en Área de urgencias de duración superior a las 24h se consideraron como una hospitalización.

La sistemática del protocolo requería la realización de una espirometría simple junto con un test broncodilatador posterior que deberían realizarse en dos ocasiones, coincidiendo con la visita basal una y con la revisión de los seis meses la otra. La motivación y la autoeficacia (definida en nuestro estudio como la fuerza o creencia en la habilidad propia de la persona para poder completar una tarea o alcanzar un objetivo, en nuestro caso concreto, dejar de fumar) fueron obtenidas a través de una escala visual-analógica (EVA). El registro de las variables se realizó de acuerdo a lo descrito en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD), en el cual, tanto el médico como la enfermera podían además añadir las anotaciones que considerara oportunas.

Cuaderno de Recogida de Datos

Se diseñó un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) acorde con el protocolo descrito y variables registradas en la entrevista con el paciente, tanto para la visita basal como para las sucesivas revisiones (se incluyen en los anexos del 1 al 4).

MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Considerando, en la EPOC, que los factores psicosociales y los síntomas, modulan de forma importante su impacto sobre el individuo, la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) puede ser de gran ayuda para evaluar la respuesta a un tratamiento.

En nuestro estudio se decidió utilizar 2 tipos de cuestionarios: uno genérico (EuroQol 5D, EQ-5D) y otro específico (Saint George's Respiratory Questionnaire, SGRQ) (48,49) .

Los cuestionarios genéricos cubren un amplio margen de dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), su amplitud permite comparar diferentes poblaciones, por lo que se suelen utilizar en estudios transversales; además, permiten detectar problemas o efectos inesperados al cubrir muchas dimensiones. Sin embargo, tienen el inconveniente de que por su gran amplitud decae más fácilmente el interés de la persona, perdiéndose información y a la vez sensibilidad. En cambio, los cuestionarios específicos, al analizar un síntoma o una enfermedad más concreta, resultan más cómodos para el paciente, que reconoce todas las preguntas como algo directamente relacionado con su enfermedad y tienen mayor sensibilidad para detectar cambios (50) .

EuroQol-5D

Las características principales del EuroQol-5D (EQ-5D) (51) son las siguientes:

1. Es una medida genérica simple que solo incluye cinco dimensiones básicas.
2. Tiene el número mínimo de 3 niveles para cada dimensión.

3. Proporciona un perfil descriptivo y una valoración del propio estado de salud.
4. Genera un índice que permite valorar los estados de salud.

El EuroQol-5D (EQ-5D) es utilizado para obtener datos preferentemente de forma auto administrado, aunque también se puede administrar por correo o por entrevista.

Otra aplicación importante del EuroQol-5D (EQ-5D) es su uso como medida de resultados en estudios clínicos (52). Además de las variables clínicas tradicionales, el uso de variables basadas en el paciente es cada vez más frecuente y se considera importante en la evaluación de intervenciones sanitarias.

En el campo de las evaluaciones económicas sanitarias, el EuroQol-5D (EQ-5D) es el instrumento más utilizado para la evaluación de la efectividad de las intervenciones o como instrumento de medición de la utilidad para calcular los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Esta unidad de resultado se utiliza en los estudios de coste-utilidad en los que se comparan los costes y los años de vida ajustados por calidad (AVAC) obtenidos entre las diferentes intervenciones analizadas. El grupo EuroQol ha desarrollado una guía (www.euroqol.org) para estandarizar la presentación de resultados del EuroQol-5D (EQ-5D).

Saint George's Respiratory Questionnaire

Es un cuestionario diseñado para cuantificar el impacto de la enfermedad de las vías aéreas en el estado de salud y el bienestar, percibido por los pacientes respiratorios (EPOC y Asma) (49). Al ser además un cuestionario sensible, refleja también los cambios en la actividad de la enfermedad (50) .

Consta de 50 ítems divididos en tres escalas: síntomas, actividad e impacto. Los ítems de la escala de síntomas se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios. Los ítems de la escala de actividad valoran la limitación de las actividades debidas a la disnea. En la escala de impacto se valoran las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad. Los ítems están formulados de dos formas diferentes: en forma de pregunta con 5 opciones de respuesta, de las que sólo se puede elegir una; y en forma de frase con dos opciones: sí/no.

El cuestionario es preferentemente auto administrado, aunque es aceptable también mediante entrevista personal. El tiempo promedio de realización es de 10 minutos.

La puntuación se calcula para cada una de las escalas del cuestionario y también una puntuación global. El recorrido de todas ellas es desde 0 (sin alteración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)) hasta 100 (máxima alteración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)). En el cálculo de la puntuación hay que tener en cuenta que se aplican pesos a las respuestas, por lo que el procedimiento es bastante complejo y se necesita la ayuda del ordenador.

En este cuestionario, las puntuaciones más altas indican una peor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Existen normas poblacionales de referencia obtenidas en sujetos normales sin historia de enfermedad respiratoria en Inglaterra.

En España se han obtenido valores de referencia de la población general dentro del proyecto IBERPOC (53) . Recientemente se ha desarrollado y validado una versión mejorada de este cuestionario (Saint George's Respiratory Questionnaire , SGRQ-C) (54) para su aplicación en pacientes

con EPOC, más corta, y que contiene lo mejor de los ítems originales. La correlación de este cuestionario con la versión original ha sido buena, no obstante los autores recomiendan la realización de más estudios comparando ambos cuestionarios para confirmar los datos.

INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO

Se realizó intervención sobre los pacientes fumadores con las características que esta tiene en condiciones habituales sobre este grupo específico de pacientes (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Así, la intervención fue del tipo “intensa” o “avanzada individual”, de acuerdo con los protocolos propuestos por el Proceso asistencial Integrado de Atención a las Personas Fumadoras del Servicio Andaluz de Salud (55) y a la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre el tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1) por un neumólogo especialista en tabaquismo y una enfermera especialista en la realización de pruebas funcionales respiratorias formada en la intervención básica en tabaquismo y en el uso y empleo de las terapias respiratorias utilizadas por los pacientes con EPOC.

El componente psicológico de la intervención fue llevado a cabo por el neumólogo que recibió formación para ello, pero, que, en ningún caso, debe considerarse tratamiento psicológico reglado por su especialista pertinente (psicólogo) sino, mas bien, apoyo psicológico convencional.

La intervención consistió en un total de 8 visitas, una visita basal y 7 visitas de seguimiento, teniendo lugar la última de ellas a los 6 meses tras el día elegido por el paciente para dejar de fumar (Día D).

La cronología del seguimiento se describe en la tabla 3 .

Tabla 3 . Seguimiento en consulta (cronograma)

Seguimiento en consulta (cronograma)*	
Número de visita	fecha
Primera (basal)	-15 a 0 del día-D
Segunda	2 semanas
Tercera	4 semanas
Cuarta	8 semanas
Quinta	12 semanas
Sexta	16 semanas
Séptima	20 semanas
Octava	24 semanas

* Las fechas se expresan en relación al día D (día elegido para dejar de fumar).

En la visita basal se les suministró a los pacientes por escrito el número de teléfono del contestador de la unidad de tabaquismo (+34 951291535) así como su email de contacto (unidad.de.tabaquismo@gmail.com) para permitir un contacto fluido y ágil ante cualquier eventualidad que así lo requiriera.

Tratamiento para dejar de fumar

De entrada, todos los pacientes fueron candidatos al tratamiento de elección en estos casos (pacientes con EPOC conocida en proceso de deshabituación tabáquica) (1) , que consistía en un tratamiento combinado, con un componente cognitivo-conductual por un lado, y un componente farmacológico por otro.

La elección del tratamiento farmacológico utilizado para dejar de fumar se determinó en base a las preferencias del paciente, la elección por parte del médico de acuerdo con las guías de tratamiento actuales basadas en el mayor grado de evidencia científica disponible y las comorbilidades y otros

tratamientos concomitantes (1,56-58), todo ello supeditado a la disponibilidad económica del paciente, puesto que, en el momento actual, el tratamiento farmacológico para dejar de fumar no se encuentra financiado por el Sistema Nacional de Salud en nuestro país.

ANÁLISIS

Análisis estadístico

La información procedente de la historia de salud y de los datos obtenidos en la entrevista clínica registrados en el cuaderno de recogida de datos se introdujo en soporte informático para su posterior examen y depuración; una vez verificados los datos se procedió al análisis estadístico mediante el software SPSS V.23, de la SPSS Inc., 233 S. Wacker Drive, Chicago, Illinois, licenciado para la Universidad de Málaga.

En el análisis descriptivo de las variables cualitativas se analizó la frecuencia y la proporción; para las variables cuantitativas, la media, la desviación estándar (DE) y el intervalo de confianza al 95%.

En la estadística inferencial de las variables cualitativas se utilizó el test de Chi-cuadrado de Pearson; para las cuantitativas, el test t de Student (para muestras relacionadas); y para ambas, el test de ANOVA. Las comparaciones se realizaron con una significación estadística (error alfa bilateral) de 0,05.

Análisis de la Utilidad

A partir de las diferentes puntuaciones obtenidas en el EuroQol-5D (EQ-5D) se calcularon las utilidades (inicio y final) mediante un software específico (EQIS 2.0 , versión 2013) (59) .

ASPECTOS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Aspectos éticos

El estudio se realizó de acuerdo con los principios de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y la Declaración de Helsinki (60).

En el apartado de Anexos se incluye la Hoja de información al paciente y consentimiento informado (anexos 5 y 6 respectivamente).

Confidencialidad de los datos

Los investigadores aseguraron el anonimato de los sujetos participantes. Los participantes no podrían ser identificados en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) ni en cualquier otro documento y la identificación se realizó siempre por código. Los documentos se mantuvieron en condiciones de estricta confidencialidad por parte de los investigadores.

Todas las bases de datos generadas se trataron de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre protección datos (BOE nº 298, de 14-12-1999, pp. 43.088-43.099). El anonimato de los datos fue preservado, disociándolo en las bases de datos a fin de imposibilitar la identificación.

Las historias clínicas de los participantes así como la documentación del estudio han sido archivadas con las medidas de seguridad y durante el tiempo que indica la legislación. Las medidas de seguridad se han aplicado también en el traslado y eliminación de estos archivos. Los datos fueron tratados según la recomendación nº R (97) 5, de 13 de febrero 1997, European Ministers' Council to the Member States regarding the Protection of Medical Information.

RESULTADOS



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

El total de pacientes que completaron el estudio fue de 109, de los cuales el 57,8% fueron hombres y el 42,2% mujeres. La edad media de los pacientes analizados fue de 61,12 años (DE 7,95), presentando un perfil de nivel de estudios bajo, en gran parte pertenecientes a clases pasivas y que realizaban vida en pareja mayoritariamente, sobre todo los hombres (diferencia estadísticamente significativa respecto a las mujeres). La tabla 4 muestra las características demográficas de los pacientes.

Tabla 4 . Características generales de la población a estudio

Características generales de la población a estudio		
Sexo	n	%
Hombre	63	57,8
Mujer	46	42,2
Nivel de estudios	n	%
Sin estudios o estudios primarios	50	45,9
Estudios secundarios (Bachillerato, FP)	36	33,0
Estudios universitarios medios (peritajes, graduados, etc)	18	16,5
Estudios Universitarios superiores	5	4,6
Situación laboral	n	%
En paro, sin trabajo	12	11,0
Jubilado o pasivo	54	49,5
Trabajador manual no cualificado, peones, trabajos domésticos, eventuales	13	11,9
Trabajador manual cualificado de la industria, obreros de la construcción cualificados, trabajadores agrícolas	7	6,4
Funcionarios, capataces, empleados de banca, administrativos, cuerpos de seguridad	13	11,9
Profesionales de grado medio, pequeños empresarios, granjeros, directivos de nivel intermedio	8	7,3
Profesionales de grado superior, empresarios, directivos	2	1,8
Estado Civil	n	%
Casado/a-Pareja	82	75,2
Soltero/a	11	10,1
Separado/a	6	5,5
Viudo/Viuda	10	9,2

COMORBILIDADES

A la hora de estudiar la EPOC cobra mucha importancia el conocimiento de las comorbilidades acompañantes, puesto que esta enfermedad y su evolución y pronóstico se ven modulados por ellas. La tabla 5 describe la comorbilidad presente en nuestros pacientes.

Tabla 5 Comorbilidades presentes en los pacientes.

Comorbilidades	n	%
Fenotipo EPOC-Asma	11	10,1
Otras enfermedades respiratorias	25	22,9
Diabetes	21	19,3
Dislipemia	30	27,5
Arritmias	7	6,4
Arteriopatía periférica	22	20,2
Hipertensión arterial	52	47,7
Cardiopatía isquémica	13	11,9
Insuficiencia cardíaca	7	6,4
Enfermedad cerebrovascular	5	4,6
Enfermedades neoplásicas	14	12,8
Ansiedad	34	31,2
Depresión	30	27,5
Otras enfermedades psiquiátricas	5	4,6

Las patologías cardiovasculares ocupan un lugar destacado dentro de la patología general que presentaban estos pacientes, de hecho, casi la mitad de ellos, eran hipertensos.

El otro gran grupo de comorbilidades muy prevalentes en estos pacientes pertenecen al grupo de las enfermedades psiquiátricas, fundamentalmente

dos, la depresión y la ansiedad, ambas ostentaban una representación importante.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

Clasificación de los pacientes según la limitación al flujo aéreo

La caracterización de la severidad de la EPOC se realizó a través de la clasificación de los pacientes según su alteración espirométrica por la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (47), así, el más representado en nuestra serie fue el trastorno obstructivo de severa intensidad, que poseían casi el 40% de los pacientes a estudio. En segundo lugar se encontraba el estadio moderado, y finalmente, con una representación mucho menor, ambos extremos, los leves y los muy severos. La tabla 6 resume la distribución de los casos según esta clasificación.

Tabla 6 Clasificación de los pacientes según estadio GOLD

Estadio	Denominación	n	%
1	leve	15	13,8
2	moderado	39	35,8
3	severo	43	39,4
4	muy severo	12	11,0

* Clasificación del grado de severidad en según parámetros espirométricos, de tal manera que en base al FEV1 postbroncodilatador se clasifican los siguientes estadios: Leve, si el FEV1 > del 80% del teórico, Moderado, cuando se sitúa entre el 50 y el 80%, Severo o Grave, si es FEV1 entre el 30% y el 50% y Muy Severo/Muy Grave si es menor del 30%.

Clasificación según escala modificada del Medical Research Council (mMRC)

Respecto al nivel de disnea que presentan los pacientes las clases 2 y 3 eran las preponderantes. La clasificación de la disnea de los pacientes según

escala de la disnea modificada del Medical Research Council (mMRC) (61,62) se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 7 Clasificación de la disnea según la escala de la disnea modificada del Medical Research Council (mMRC)

Grado	n	%
0	14	12,8
1	27	24,8
2	37	33,9
3	29	26,6
4	2	1,8

* Clasificación del grado de disnea según Escala de la disnea modificada del Medical Research Council (mMRC) . Gradación:

0: No sensación de falta de aire al correr en llano o subir cuestas

1: Sensación de falta de aire al correr en llano o subir cuestas

2: Anda más despacio que las personas de su edad en llano por falta de aire o tiene que parar para respirar cuando anda a su propio paso en llano

3: Para a respirar después de andar unos 100m o tras pocos minutos en llano

4: La falta de aire le impide salir de casa o se presenta al vestirse o desnudarse

CARACTERIZACIÓN DEL TABAQUISMO DE LOS PACIENTES

La edad media de los pacientes en este estudio superaba la sexta década de la vida, presentando una edad de inicio en el consumo regular de tabaco en torno a los 17 años, siendo este inicio mas precoz en los hombres (15,89 vs 18,46 años, $p < 0,05$).

De media, en el momento en que iban a realizar el intento de deshabituación, fumaban un paquete de tabaco al día, y presentaban un índice acumulado de consumo de tabaco elevado (63 paquetes-año), habían realizado algo más de dos intentos serios previos para dejar de fumar y el número máximo de días en que habían conseguido la abstinencia aquellos que lo lograron no superaba apenas los dos meses.

Las escalas visuales-analógicas de motivación y autoeficacia presentaban valores "en espejo", con cifras de motivación medias altas y cifras de autoeficacia medias-bajas.

El grado medio de dependencia física de la nicotina que se estimó por el Test de Fagerström Modificado mostraba valores medios de 6,09 (DE=2,016), situando esta en el rango medio-alto. Sin embargo, en un intento de caracterizar de manera más precisa la dependencia física de los pacientes con enfermedad crónica de este estudio, se utilizó el Heaviness Smoking Index que reveló un valor medio de 3,68.

Hay que destacar que más del 86% de los pacientes en nuestro estudio consumían su primer cigarrillo del día en los primeros 30 minutos tras despertarse. La tabla 8 expone estos resultados.

Tabla 8. Principales características en relación al tabaquismo de los pacientes.

Caracterización Tabaquismo	Media	DE
Edad paciente (años)	61,12	7,9
Edad de inicio en el consumo de tabaco	16,97	6,2
Número medio de cigarrillos fumados al día en la última semana	19,84	10,36
CO en aire exhalado basal*	22,90	14,96
Número medio de cigarrillos fumados al día en el último año	29,38	14,98
Índice de consumo acumulado**	63,51	36,09
Número de intentos previos de dejar de fumar	2,34	4,18
Duración del máximo número de días que ha estado sin fumar en un intento	61,66	144,30
Motivación***	7,09	2,28
Autoeficacia***	5,56	2,47
Test de Fagerström Modificado : Puntuación Total	6,09	2,01
Heaviness Smoking Index	3,68	1,30

* CO exhalado en partes por millón presentado el día de la primera visita (basal)

** Expresado en paquetes-año (obtenido multiplicando la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente por el número de años que se lleva fumando esa cantidad y dividiendo el resultado entre los 20 cigarrillos que contiene un paquete)

*** Escala Analógico-Visual con valores que van desde 0 (valor mínimo) a 10 (valor máximo)

Tipo de consumo

A pesar de que la inmensa mayoría de pacientes consumían cigarrillos convencionales, casi el 14% de ellos había tenido contacto o había usado el cigarrillo electrónico. El porcentaje de pacientes que consumía tabaco de liar era muy escaso (ver tabla 9).

Tabla 9 Tipo de consumo

Tipo de consumo	n	%
Fuma cigarrillos convencionales	106	97,2
Fuma tabaco de liar	7	6,4
Fuma cigarrillo electrónico	15	13,8

Tratamiento utilizado en intentos previos de cesación

La tabla 10 desglosa los tratamientos utilizados en intentos previos.

Tabla 10 . Tratamiento utilizado en intentos previos

Tratamiento utilizado	n	%
Parches	27	24,8
TSN de acción rápida*	28	25,7
Bupropion	11	10,1
Vareniclina	10	9,2
Tratamiento psicológico	17	15,6
Hipnosis	5	4,6
Acupuntura	10	9,2
Cigarrillo electrónico	30	27,5
Otros tratamientos	14	12,8
Alguno de los anteriores	53	48,6
TFPE**	39	35,7
Tratamiento psicológico + TFPE**	13	11,9

* Tratamiento sustitutivo con nicotina a modo de chicles, comprimidos e inhalador bucal de nicotina

** TFPE , tratamiento farmacológico de probada eficacia

Es destacable que mas de la mitad de los pacientes no había utilizado tratamientos para dejar de fumar (51,4% del total), y, si tenemos en cuenta sólo el uso de tratamiento farmacológico de eficacia probada (TFPE), este porcentaje ascendía por encima del 64%.

Además, el cigarrillo electrónico era mas conocido y usado que el TFPE. Mas aun, el número de pacientes que refería haber realizado tanto tratamiento psicológico como farmacológico (lo cual no implicaba el uso concomitante de ambos, es decir, tratamiento combinado) es de 13 (11,9%).

Dentro del grupo de pacientes que había utilizado tratamientos en intentos previos, las mujeres presentaban una tendencia mayor a la utilización de

parches de nicotina, tratamiento psicológico y cigarrillo electrónico ($p < 0,05$).

Tratamiento farmacológico utilizado para dejar de fumar

La tabla 11 resume los tratamientos farmacológicos utilizados en el presente estudio.

Tabla 11 . Tratamiento farmacológico utilizado en el presente estudio por número de pacientes, porcentaje y abstinencia a los 6 meses.

Tratamiento utilizado	n	%	Abstinencia (%)
Sin tratamiento farmacológico	7	6,4	14,3
Parches	15	13,8	42,8
Bupropion	34	31,2	41,2
Vareniclina	44	40,4	61,3
TSN de acción rápida*	47	43,2	22,2
Chicles de nicotina de 2mg	15	13,8	-
Chicles de nicotina de 4mg	10	9,2	-
Comprimidos de nicotina 1mg	4	3,7	-
Spray bucal de nicotina 1mg	18	16,5	-

* Comprende el tratamiento sustitutivo con nicotina a modo de chicles, comprimidos e inhalador bucal de nicotina utilizados por los pacientes en el estudio. Los datos de abstinencia se refieren a los casos en los cuales dicho tratamiento era el único prescrito.

Hay que señalar que mas de la mitad de los pacientes cuando fueron preguntados durante la visita basal refirió la existencia de una limitación presupuestaria a la hora de hacerse cargo de los costes de la medicación. En nuestra estudio el mayor grado de abstinencia se consiguió con vareniclina superando el 60%. Los pacientes que recibieron sólo apoyo psicológico apenas obtuvieron un 14% de abstinencia.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y UTILIDAD

Saint George's Respiratory Questionnaire

Tanto al inicio del estudio como a los seis meses, los pacientes fumadores presentaban alterada su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en todas las escalas, siendo esto más evidente en las escalas de síntomas y actividad.

Valores medios de Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) basales y a los 6 meses se presentan en la tabla 12 .

Tabla 12. Valores del cuestionario Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) basales y a los 6 meses

	Escala	Mínimo	Máximo	Media	DE
BASAL (n=97)	Síntomas	0,0	91,2	43,99	24,67
	Actividad	0,0	100,0	47,94	27,30
	Impacto	0,0	85,2	31,54	22,89
	Total	1,7	88,9	38,81	23,17
6 MESES (n=52)	Síntomas	0,0	79,4	38,86	21,04
	Actividad	0,0	100,0	46,30	27,13
	Impacto	0,0	74,5	26,52	21,87
	Total	1,8	79,3	34,60	22,01

Se comprobó una buena correlación, positiva y fuerte, entre los valores de todas las escalas obtenidas en la visita basal y las obtenidas a los seis meses, tanto en los que continuaban como fumadores, como en los que habían conseguido la abstinencia.

Respecto a los pacientes que dejaron de fumar, se observa una mejora en Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que se extiende a todas

las escalas del cuestionario, con valores clínicamente relevantes y estadísticamente significativos (ver tabla 13).

Tabla 13 . Valores del cuestionario de Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) por escalas, comparativa basal y 6 meses.

SGRQ basal vs 6m	Subescalas		Media	DE	valor p (*)
No fumador (abstinencia)	Síntomas	basal	52,05	23,20	0,000
		6 meses	40,85	20,34	
	Actividad	basal	56,81	25,01	0,028
		6 meses	51,28	26,86	
	Impacto	basal	39,11	20,50	0,001
		6 meses	29,31	20,50	
	Total	basal	46,54	20,34	0,000
		6 meses	37,59	20,34	
Fumador (no abstinencia)	Síntomas	basal	35,52	22,75	0,606
		6 meses	36,87	21,90	
	Actividad	basal	39,72	28,40	0,376
		6 meses	41,33	26,95	
	Impacto	basal	23,47	23,48	0,892
		6 meses	23,74	23,19	
	Total	basal	30,83	24,09	0,682
		6 meses	31,62	23,54	

* T-Student para muestras relacionadas

Sin embargo, en el grupo de los pacientes que siguieron fumando no se observaron diferencias significativas.

EuroQol-5D

La valoración del estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones se expone en la tabla 14 y gráficamente en la figura 1 .

El valor medio de la Escala Visual-Analógica (EVA) fue de 50,51 con una Desviación Estándar (DE) de 19,91.

Tabla 14 . Sistema descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EuroQol-5D (n = 109).

Dimensiones basal	% pacientes		
	1	2	3
escala	1	2	3
Movilidad	51,4	44,0	4,6
Cuidado personal	79,8	18,3	1,8
Actividades cotidianas	56,0	37,6	6,4
Dolor / Malestar	44,0	49,5	6,4
Ansiedad / Depresión	38,5	49,5	11,9

Figura 1. Sistema descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EuroQol-5D.

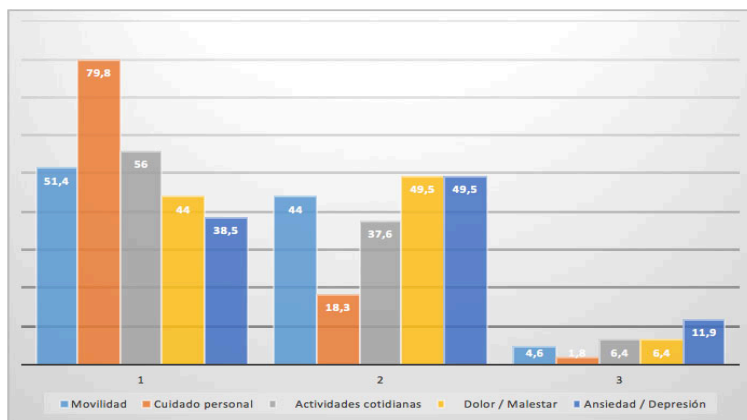


Tabla 15. Calidad de Vida Relacionada con la Salud EuroQol-5D en los pacientes que dejaron de fumar.

Dimensiones	Escala	Puntuaciones			Valor de p*
		1	2	3	
Movilidad	basal	51,9	42,3	5,8	0,000
	final	53,8	44,2	1,9	
Cuidado personal	basal	76,9	19,2	3,8	0,000
	final	82,7	17,3	0,0	
Actividades cotidianas	basal	55,8	40,4	3,8	0,000
	final	57,7	42,3	0,0	
Dolor / Malestar	basal	38,5	50,0	11,5	0,000
	final	51,9	40,4	7,7	
Ansiedad / Depresión	basal	30,8	55,8	13,5	0,000
	final	42,3	48,1	9,6	

* Chi-cuadrado

Análisis de utilidad

En las tablas 15 y 16 se muestran las utilidades ganadas por los pacientes entre el inicio y el final del estudio obtenidas a partir del cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D).

Tabla 15 . Utilidades time trade-off (EQ5D-TTO)

EQ5D-TTO		media	ganancia	IC 95%	D.E.	Sig. valor p (*)
No fumador	Basal	0,6233	0,0671	0,5584-0,6883	0,2332	0,018
	6 meses	0,6904		0,6292-0,7514	0,2194	
Fumador	Basal	0,6905	0,0201	0,6290-0,7520	0,2319	0,291
	6 meses	0,7106		0,6603-0,7609	0,1896	

* T-Student muestras relacionadas

Tabla 16 . Utilidades Visual Analogue Scale (EQ5D-VAS)

EQ5D-VAS		media	ganancia	IC 95%	D.E.	Sig. valor p (*)
No fumador	Basal	50,06	15,71	44,40-55,71	20,31	0,000
	6 meses	65,77		61,48-70,06	15,41	
Fumador	Basal	50,92	2,55	45,69-56,15	19,71	0,275
	6 meses	53,47		49,20-57,75	16,10	

* T-Student muestras relacionadas

Tanto la estimación de la Visual Analogue Scale o Escala Visual-Analógica (VAS) como del time trade-off o equivalencia temporal (TTO) presentaron un incremento estadísticamente significativo en los pacientes que lograron la abstinencia en relación a su valor basal. Entre el inicio y el final del estudio se produjo un aumento de la Calidad de Vida Relacionada con la

Salud (CVRS) medida con la escala visual analógica de más de 15 puntos en los pacientes que dejaron de fumar; esta diferencia fue clínicamente relevante y estadísticamente significativa (t de Student para muestras relacionadas, $p = 0,000$). Resultado análogo se observó con el Time Trade-Off (0,6233 vs 0,6904 , $p = 0,018$). Sin embargo, no se encontraron diferencias en los pacientes que continuaron como fumadores.

Asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EuroQol-5D (EQ-5D) time trade-off o equivalencia temporal (TTO) y la Visual Analogue Scale o Escala Visual-Analógica (VAS)) según sexo y condición del paciente (fumador/no fumador).

La influencia de las exacerbaciones severas de la enfermedad sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) aparece reflejada en las tablas 17 y 18, donde se aprecia una tendencia a que la ganancia obtenida en Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) fuera mucho menor cuando tenía lugar una exacerbación severa durante el seguimiento, tanto en los pacientes que continuaban como fumadores como en los que habían dejado de fumar.

Tabla 17 Utilidades time trade-off en relación a las exacerbaciones severas (EQ5D-TTO-eS)

EQ5D-TTO	eS*	media	ganancia	IC 95%	D.E.	Sig. valor p (**)
No fumador	Sí	0,6861	0,1049	0,6238-0,7483	0,2189	0,488
	No	0,7910		0,6780-0,8234	0,2869	
Fumador	Sí	0,6721	0,0467	0,5346-0,8096	0,1922	0,485
	No	0,7188		0,6630-0,7746	0,1900	

* eS : Exacerbación severa

**T-Student muestras relacionadas

Tabla 18 Utilidades Visual Analogue Scale en relación a las exacerbaciones severas (EQ5D-VAS-eS)

EQ5D-VAS	eS*	media	ganancia	IC 95%	D.E.	Sig. valor p (**)
No fumador	Sí	57,50	8,60	42,30-73,40	31,82	0,445
	No	66,10		61,85-70,35	14,95	
Fumador	Sí	47,50	7,24	36,94-58,06	14,77	0,189
	No	54,74		49,98-59,51	16,23	

* eS : Exacerbación severa

**T-Student muestras relacionadas

DISCUSIÓN



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Tamaño muestral

Uno de los posibles sesgos y limitaciones que puede tener nuestro estudio es el de aportar una muestra relativamente pequeña ($n=109$). Es evidente que esto va en detrimento de la extrapolación de los resultados hallados. Sin embargo, este hecho no es ajeno a los trabajos de investigación, y, de hecho, nuestro estudio ha detectado diferencias significativas desde el punto de vista estadístico y relevantes desde el punto de vista clínico.

Seguimiento

Otra de las limitaciones principales del estudio puede venir determinada por el periodo de seguimiento que puede resultar algo escaso (6 meses), sobre todo, teniendo en cuenta la posible influencia en un cambio estacional concurrente no esperado, Esto es especialmente relevante en relación, por ejemplo, a las exacerbaciones, que son mucho más frecuentes en esta enfermedad en los meses que presentan temperaturas más bajas. El periodo de inclusión especialmente prolongado utilizado en nuestro trabajo ha tenido como objetivo, entre otros, el de minimizar esta influencia. Además, a priori, un seguimiento de seis meses podría resultar insuficiente para detectar cambios en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes, en nuestro trabajo, no ha sido así.

Tiempo de consulta

Resulta evidente que el disponer un tiempo de consulta adecuado permite, no sólo una mejor asistencia, sino mejor y mas precisa recogida de datos.

En nuestro estudio, el tiempo medio de duración de una visita basal por motivos asistenciales fue de 30-40 minutos, mientras que el de las revisiones y de enfermería fue de 15 minutos, que pueden resultar escasos cuando los comparamos con estudios similares (63). Para minimizar el impacto en la disponibilidad de tiempo se diseñó un cuaderno de recogida de datos y una hoja de valoración específica por parte de enfermería, que permitió, por un lado, sistematizar la recogida de datos, y por otro, agilizar y administrar mejor el tiempo de consulta.

Recuerdo

Otra de las limitaciones posibles en nuestro estudio hace referencia al diseño del protocolo, porque podía dar lugar a sesgos en el recuerdo de los pacientes (por ejemplo en las agudizaciones del año previo), porque se pedía a los pacientes recordar información con carácter retrospectivo. De todos modos, durante el seguimiento, se intentó conjugar, por un lado las recomendaciones de las guías de práctica clínica, y por otro, un distanciamiento temporal entre consulta y consulta pequeño, de tal manera que, no diera lugar a pérdidas importantes y el horizonte de recuerdo fuera menor, siendo reconocida esta estrategia como válida (64).

Gravedad de la enfermedad

Llama la atención que, en comparación con la prevalencia que presenta en la población general y la amplia representación que suele tener en estudios de este tipo, el trastorno ventilatorio obstructivo leve se encuentre menos representado en la muestra de nuestro estudio, ello puede ser debido a que, al constituir el lugar de estudio una unidad especializada de tabaquismo hospitalaria, a ella son referidos pacientes provenientes de consultas de especialistas de nuestro centro, que suelen aglutinar perfiles clínicos de pacientes de mayor comorbilidad y afectación funcional en comparación a

los atendidos en una consulta general de atención primaria, donde mayoritariamente son diagnosticados y tratados pacientes de estadios leve y moderado.

Determinación de la abstinencia

Otra de las limitaciones de nuestro estudio que puede dificultar la comparación de resultados con otros lo constituye el hecho de la caracterización de la abstinencia. Aunque hemos utilizado los criterios clásicamente aceptados, esta definición de abstinencia es distinta a la utilizada por otros trabajos (tasa de abstinencia continua, CAR) y por ello, debe de ser tenido en cuenta a la hora de la interpretación de los resultados.

Mención especial merece la utilización de biomarcadores para cuantificar el monóxido de carbono en aire exhalado y determinar, junto con el auto reporte del paciente, la situación de abstinencia.

En nuestro trabajo hemos utilizado la determinación de aire exhalado mediante un CO-oxímetro y hemos considerado los niveles de monóxido de carbono de 10 partes por millón como nivel de corte para distinguir entre el paciente que continúa fumando y el que no. Este nivel es el habitualmente utilizado en los estudios de investigación, aunque presenta dos problemas en nuestro caso. Por un lado los valores normales en las personas no fumadoras son mucho más bajos (entorno a las 6-7 partes por millón) por lo que, podríamos considerar como no fumadores a pacientes que continúan fumando en muy bajo grado (65) . Por otro lado, existe una evidencia más que suficiente para considerar a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) como una enfermedad inflamatoria (66) , que conlleva, entre otras consecuencias, la producción endógena de monóxido de carbono que puede ser exhalado y producir así, falsos positivos (67) .

Esta es una situación no resuelta en la mayoría de estudios de tabaquismo, que podría evitarse con el empleo de otros biomarcadores, por ejemplo la detección de metabolitos derivados de la nicotina en líquidos corporales (saliva, sangre, orina), que proporcionan un umbral de detección más específico y prolongado, pero, desafortunadamente, estas técnicas no se encuentran disponibles de forma rutinaria en nuestra institución y el equipo investigador carecía de presupuesto para poder implementarla en el estudio.

Tratamiento farmacológico utilizado para dejar de fumar

Para los autores es importante el hecho de que más de la mitad de los pacientes tenían una limitación económica para financiarse la medicación, lo cual pudo inducir, probablemente, indicaciones de tratamientos de menor efectividad teórica pero más económicos. Este hecho, a su vez, puede condicionar cifras de abstinencia distintas para cada tratamiento, siendo esto importante, por ejemplo, en el caso de bupropión que pudo ser indicado en el tratamiento cuando el paciente estaba diagnosticado de depresión, ya que en tales circunstancias puede ser prescrito para tratar su enfermedad de base con financiación del importe por parte de la seguridad social. Este hecho hace, a nuestro juicio, que resulte inapropiado el comparar de forma directa la distinta efectividad de los tratamientos utilizados en el estudio. Además, algunas alternativas terapéuticas fueron prescritas en un número reducido de pacientes, lo cual dificulta aún más dicha comparación.

Sesgo del investigador

Uno de las limitaciones frecuentes a la hora de realizar estudios de investigación lo constituye el hecho de la introducción de sesgos por parte de los distintos investigadores (sesgo del investigador).

En nuestro trabajo ha intervenido un solo investigador de campo como neumólogo y una misma enfermera, por lo que no podía existir un sesgo en la realización de las espirometrías o en el manejo de los distintos cuestionarios de recogida de datos.

Una fortaleza relevante de nuestro estudio reside, a nuestro entender, en que se trata del abordaje de fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) previamente diagnosticada, es decir, fumadores que tienen unas características especiales, en los que la intervención resulta fundamental tanto, desde el punto de vista farmacológico, como psicológico, haciendo énfasis en aspectos tales como eficacia, motivación, estructurando toda la deshabituación tabáquica con un nivel de personalización importante. Es el primer estudio que conozcamos que ofrece resultados implementando la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica sobre el tratamiento de los pacientes fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Otra de las fortalezas de nuestro estudio, quizás la más importante, es que se realiza en condiciones reales, así, la actuación con los pacientes en consulta no difería de la habitual. Como contrapartida a esto, el no poder ofrecer el tratamiento farmacológico para dejar de fumar de forma gratuita los pacientes, tuvo como consecuencia una limitación en el número y tipo de indicaciones del tratamiento farmacológico.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La mejora que se produce en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) cuando se deja de fumar es conocida desde hace tiempo (68) , pero resulta llamativo lo poco que se ha estudiado esto en la enfermedad

pulmonar obstructiva crónica, cuando el tabaquismo es su principal agente etiológico.

Tal como se ha considerado tradicionalmente, el cuestionario específico de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)) resulta mas revelador que el cuestionario genérico (EuroQol-5D (EQ-5D)) cuando lo utilizamos para valorar la respuesta sintomática de la enfermedad (en nuestro trabajo se aprecian ganancias en todas las escalas). Aun así, existen varias razones para utilizar también un cuestionario de salud genérico. Por un lado, un instrumento específico de la enfermedad puede no ser el adecuado para recoger todos los aspectos de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) del paciente (comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca, muy presentes en los pacientes del estudio) así como los distintos efectos secundarios de las intervenciones realizadas. Por otro lado, los cuestionarios genéricos permiten la comparación de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) entre distintas enfermedades y además, se puede valorar a través de ellos la utilidad.

Saint George's Respiratory Questionnaire

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) medida a través del Cuestionario Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) se encontraba severamente afectada en cada una de sus escalas en los pacientes que constituían nuestra muestra en relación a la población general sana (53) , especialmente en la de impacto (31,54 vs 2,369) lo cual traduce la afectación que sufren a distintos niveles de su vida personal y social.

Si comparamos con otras poblaciones de pacientes EPOC descritas en la literatura, el resultado no es uniforme. Por un lado, aparece algún estudio donde la alteración producida en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es menor (53) y algún otro que presenta hallazgos opuestos en ese sentido (50) . Aunque, en general, el grado funcional de los pacientes y la mayoría de no fumadores en la muestra, nos permiten comprender las diferencias encontradas entre las distintas series. Por lo demás, hay que añadir que los resultados de nuestro trabajo no son muy diferentes a otros realizados en nuestro país (49,69) o fuera de el (70) .

Nuestro trabajo encontró diferencias significativas y clínicamente relevantes en todas las escalas estudiadas en los pacientes que habían dejado de fumar. Las mejoras habían sido notables en las escalas de síntomas e impacto, a este nivel, hay que hacer notar, que quizás las ganancias podrían haber sido superiores, si tenemos en cuenta que un buen número de fumadores atraviesan un periodo transitorio de hipersecreción mucosa, con aumento de la tos y la producción de esputo cuando dejan de fumar al reactivarse e incrementarse el aclaramiento ciliar como consecuencia de la no inhalación del humo de tabaco que conlleva la situación de abstinencia y esto, lógicamente, puntuaría más alto en algunos ítems del cuestionario, como evidencia otro estudio de un año de seguimiento (71) .

La escala de actividad es la que presenta el aumento más discreto, aunque sigue siendo clínicamente relevante, probablemente porque el grado de limitación en la realización de actividades en la EPOC, que traduce en parte el nivel de disnea y obstrucción al flujo aéreo (72) , presente un escaso margen de mejora por las características propias que definen a la enfermedad.

En los pacientes que continuaron fumando no se observó diferencia clínica durante el periodo de seguimiento, esta observación parece consecuente con lo publicado en la literatura (71,73), ya que, aunque esta enfermedad, si se continúa fumando, presenta un deterioro progresivo, quizás el espacio temporal de seis meses puede resultar corto para que se traduzca en un cambio evidenciable por el test, que, en todo caso, ha evidenciado recientemente una buena correlación con parámetros de gravedad y pronóstico de la enfermedad como el índice BODE (74,75) .

EuroQol-5D

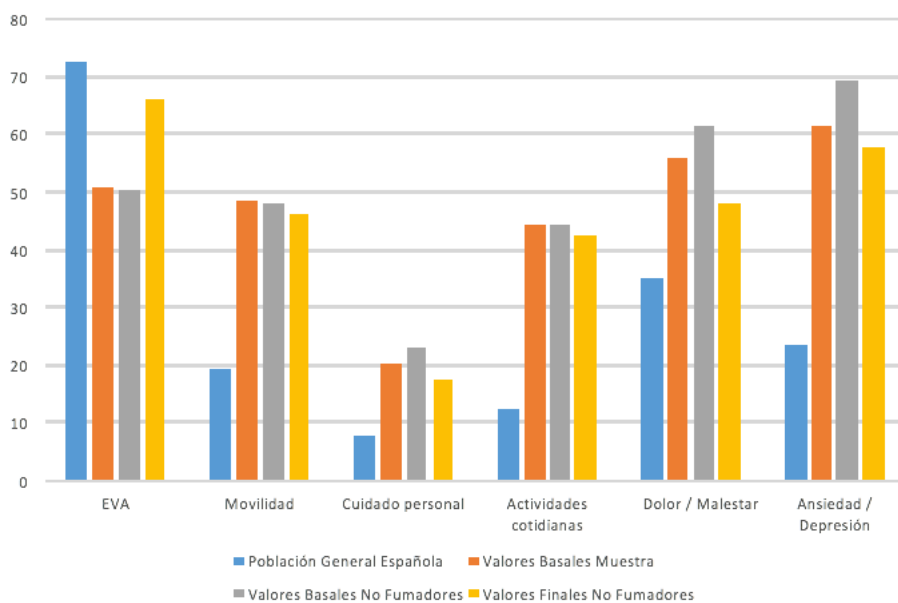
El valor medio de la Escala Visual-Analógica (EVA) que presentaban nuestros pacientes fue de 50,51 con una Desviación Estándar (DE) de 19,91 reflejando cifras notablemente inferiores a las presentadas por la población general en nuestro país (76) y mas cercanas a las de otras patologías pulmonares invalidantes como la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) (77) . Además, dicha afectación en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha contribuido a minimizar el “efecto techo” que aparece al aplicar el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EuroQol-5D (EQ-5D) sobre otro tipo de poblaciones (52,78) .

Asimismo, estos valores son inferiores a los presentados por los pacientes con similar grado funcional de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) incluidos en algunos estudios sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (52,70,79), si bien, en todos ellos, la mayoría de sujetos en estudio eran no fumadores y presentaban criterios de inclusión/exclusión y comorbilidades asociadas diferentes al nuestro (52,80). No obstante, respecto al valor de la Visual Analogue Scale (VAS), nuestros resultados son similares a otros trabajos publicados (81,82)

Nuestro estudio ha revelado que los pacientes que dejaron de fumar ganaron de media 15,71 puntos en la Visual Analogue Scale o Escala Visual Analógica (EVA) entre el tiempo transcurrido desde la visita basal y la finalización del estudio. Esta mejora de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) no se aprecia en los pacientes que continuaron fumando. Los autores no tienen constancia de que esta diferencia en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) haya sido explorada en nuestro medio, aunque existe un estudio realizado en Inglaterra de más de 13.000 personas que parece establecer claramente que fumar se asocia de manera significativamente negativa con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la población general (83) .

La figura 2 muestra los valores de la la Visual Analogue Scale o Escala Visual Analógica (EVA) y porcentaje de población que declara algún problema de salud en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D (EQ-5D), comparando los valores presentados por la población general española en la franja de edad comprendida entre los 55 y 64 años (76) , los valores de nuestra muestra al inicio del estudio y los valores al inicio y a los seis meses de aquellos que llegarían a dejar de fumar.

Figura 2 . Valores de la Escala Visual Analógica (EVA) y porcentaje de población que declara algún problema de salud en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D



Además. parece que esta ganancia de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que se produce puede estar modulada por la presencia de exacerbaciones graves, de tal manera que, si el paciente que deja de fumar no se exacerba de forma severa, la ganancia generada es mucho mayor, y esto es consistente con la evidencia disponible en la actualidad que muestra como la presencia de agudizaciones de carácter moderado y grave

producen pérdidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (84) .

Todo esto es consecuente con la literatura, que tiende hoy en día a otorgar un papel central a las agudizaciones en la historia natural, Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y supervivencia de los pacientes con EPOC (47,85,86) .

Los pacientes que continúan fumando también sufren la influencia de las exacerbaciones graves intercurrentes, aunque éstos hallazgos tampoco alcancen el grado de significación estadística deseado.

Los mecanismos por los que dejar de fumar puede mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) pueden ser muchos y variados (87-90) .

TABAQUISMO

Tratamiento utilizado en intentos previos de cesación

El primer hallazgo llamativo que nos encontramos fue que, a pesar de padecer una enfermedad cuya principal etiología dispone de un tratamiento efectivo y consolidado, mas de la mitad de los pacientes no habían utilizado tratamientos para dejar de fumar (51,4% del total), y, si tenemos en cuenta sólo el uso de tratamiento farmacológico de eficacia probada, este porcentaje asciende por encima del 64%, este porcentaje, no por ser alarmante, nos deja de sorprender, pues otros estudios revelan cifras como estas o incluso inferiores. Mas aun, el número de pacientes que refería haber realizado tanto tratamiento psicológico como farmacológico (lo cual no implica el uso concomitante de ambos, es decir, tratamiento combinado, ya que la obtención de esta información no estaba contemplada en el diseño del estudio) es de 13 (11,9%) , por lo que

podemos inferir que la absoluta mayoría de los pacientes estudiados (al menos el 88%), no recibe el tratamiento idóneo para dejar de fumar según el grado de evidencia actual disponible, ya que la utilización de tratamiento combinado (Tratamiento cognitivo-conductual (TCC) mas Tratamiento farmacológico de probada eficacia (TFPE)) es una recomendación consistente con una calidad de evidencia alta (Nivel de recomendación fuerte) (1).

En nuestro análisis las mujeres presentaban una tendencia mayor a haber utilizado parches de nicotina, tratamiento psicológico y cigarrillo electrónico ($p < 0,05$). Este último hallazgo resulta llamativo ya que, clásicamente, el cigarrillo electrónico es considerado más como un tratamiento elegido por varones jóvenes.

Efectividad de la intervención

En general los resultados en deshabituación tabáquica de nuestra aproximación son muy positivos. En nuestro trabajo se alcanzan altas cifras de abstinencia. Si bien es cierto que otros estudios presentan cifras inferiores, es especialmente relevante advertir que la definición de abstinencia como outcome es distinta en cada uno de ellos (91). En todo caso, en el tratamiento del tabaquismo como enfermedad crónica, recidivante y de carácter adictivo que es, las intervenciones que proporcionen cifras de abstinencia por encima del 5-10% pueden ya ser consideradas efectivas (33).

Ya se ha hecho constar anteriormente, que según criterio de los autores, no parece correcto el comparar la distinta eficacia de los tratamientos para dejar de fumar en el contexto en que nos encontramos ante la existencia de limitaciones económicas, comorbilidades asociadas que comprometen la

indicación, disparidad en el número de pacientes tratados con cada medicación, etc.

Hay que decir que, dentro de los tratamientos farmacológicos, vareniclina resultó más efectivo, consiguiendo un 60% de abstinencia al final del estudio, puesto que constituye una muy buena alternativa para dejar de fumar en estudios de población general (92), cifra similar, aunque más baja, a la presentada en otros estudios de deshabituación en EPOC en nuestro país (93) e incluso mejorando los resultados de otros (91), aunque siempre hay que tener en cuenta las diferencias metodológicas entre los distintos estudios, especialmente en lo que se refiere a la definición de la abstinencia.

Otro hallazgo relevante lo constituye el hecho de que los pacientes que recibieron sólo apoyo psicológico apenas obtuvieron un 14% de abstinencia, lo que, según nuestro punto de vista, pone en evidencia dos cosas. En primer lugar, que el tratamiento farmacológico, de entrada, debe ser obligado a la hora de iniciar la deshabituación en estos pacientes (porque la utilización de este tipo de tratamiento en EPOC es una recomendación consistente con una calidad de evidencia alta) (65,94,95) , y en segundo lugar, que parece razonable que, en estas unidades especializadas de tabaquismo se integren profesionales especialmente formados (psicólogos) capaces de proporcionar el tratamiento psicológico adecuado y así optimizar las posibilidades de éxito de la intervención.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

CONCLUSIONES



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

CONCLUSIONES

1. Dejar de fumar mejora la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en los pacientes fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) previamente diagnosticada.
2. La mejora de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) puede evidenciarse con un cuestionario de calidad de vida genérico como es el Cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D (EQ-5D).

Mejorando en cuanto:

- a. A la utilidad ganada por los pacientes entre el inicio y el final del estudio: ganancia en Time Trade-Off (TTO) = 0,0671 a los 6 meses.
 - b. A la utilidad ganada por los pacientes entre el inicio y el final del estudio: ganancia en la Visual Analogue Scale (VAS) = 15,71 puntos a los 6 meses.
3. La mejora de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) puede evidenciarse también con un cuestionario de calidad de vida específico como es el Cuestionario de calidad de vida Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Mejorando en cuanto:
 - a. A la subescala de Síntomas en 11,65 puntos de media.
 - b. A la subescala de Actividad en 5,53 puntos de media.
 - c. A la subescala de Impacto en 9,8 puntos de media.
 - d. A la puntuación total en 8,95 puntos de media.
 4. El impacto sobre dicha mejora en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es mayor si el paciente además no presenta una exacerbación severa de su EPOC durante los 6 meses siguientes a la cesación tabáquica.



ANEXOS



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ABREVIATURAS Y TÉRMINOS



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ATS	American Thoracic Society.
AVAC	Años de vida ajustados por calidad
CAR	Tasa de abstinencia continua
CRD	Cuaderno de Recogida de Datos
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DAH	Diraya Atención Hospitalaria.
DE	Desviación Estándar.
DÍA D	Día elegido para dejar de fumar.
DIRAYA	Sistema que se utiliza en el sistema sanitario público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada ciudadano y sirve también para la gestión del sistema sanitario.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. También se usa para el paciente afecto de dicha enfermedad.
ERS	European Respiratory Society.
EQ-5D	Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EuroQol-5D.
FEF25-75%	Flujo espiratorio forzado tras exhalar entre el 25 y el 75% de la capacidad vital forzada
FEV1	Volumen espiratorio forzado en el primer segundo
FP	Formación profesional
FVC	Capacidad vital forzada
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
HAP	Hipertensión Arterial Pulmonar

IPC	Índice de precios al consumo
mMRC	Escala de disnea modificada del Medical Research Council
MRC	Medical Research Council
Novahis	Sistema informático utilizado en el Hospital Regional de Málaga que comprende unidades de gestión de petición de pruebas clínicas, estación de cuidados de enfermería, estación médica y estación administrativa.
OMS	Organización Mundial de la Salud
SGRQ	Cuestionario Saint George's Respiratory Questionnaire
SEPAR	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
TB	Tuberculosis
TCC	Tratamiento cognitivo-conductual.
TFPE	Tratamiento farmacológico de probada eficacia
TTO	Time Trade-Off o «equivalencia temporal»
VAS o EVA	Visual Analogue Scale o Escala Visual-Analógica

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Estudio : Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Con esta hoja le invitamos a participar en nuestro estudio sobre el Abordaje del tabaquismo en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Para ello, lea atentamente este documento y realice a su médico todas las preguntas que le puedan surgir.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El estudio pretende evaluar la relación entre tabaquismo , calidad de vida y cómo afecta la abstinencia en el consumo de tabaco sobre otras variables de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): agudizaciones, síntomas, etc.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

El estudio es de tipo observacional, lo que significa que tan solo se recogerá información sobre el estado de su EPOC, de su consumo de tabaco y datos de su historial médico en las visitas que constituyen el estudio. No se le citará posteriormente a causa del estudio. Al ser un estudio observacional no se influirá sobre la realización de las pruebas que su médico considere necesarias para su seguimiento ni sobre las recomendaciones de su tratamiento que le haga.

Su decisión de participar no comportará ninguna alteración de la práctica habitual de su médico y por tanto usted no recibirá ningún tratamiento ni atención distinta a los que recibiría de forma habitual. La participación, por supuesto, no le supondrá ningún coste adicional.

CONFIDENCIALIDAD

El médico recogerá la información necesaria de forma totalmente anónima acerca de su enfermedad y los tratamientos que ha recibido. Todos los datos que se recojan durante el estudio se mantendrán confidenciales y en el proceso de análisis de los mismos nunca aparecerá su nombre ni ningún otro dato que

Estudio : Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

permita identificarle.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos personales y de salud (ya consten en su historia clínica, ya los haya proporcionado como consecuencia de su participación en este estudio) que se recojan con motivo de este estudio son los necesarios para cubrir los objetivos del mismo. Estos datos serán identificados por medio de un código para garantizar la confidencialidad de su identidad y únicamente el médico tendrá acceso a esta información.

No obstante, podrán acceder a estos datos las Autoridades Sanitarias y el Comité Ético de Investigación. Todos ellos mantendrán en todo momento la confidencialidad de esta información.

Los datos que se recojan con motivo de este estudio, entre los que se encontrarán datos personales y de salud (ya consten en su historia clínica, ya los haya proporcionado como consecuencia de su participación en este estudio), serán procesados y analizados por médicos investigadores de la Unidad de Tabaquismo de nuestro centro hospitalario, con la finalidad de evaluarlos científicamente. Si usted decide participar en este estudio estará consintiendo expresamente en el tratamiento de sus datos personales y de salud por el promotor con la finalidad de que los evalúe científicamente. Todo ello de conformidad con la LOPD y con la normativa que la desarrolla.

Usted podrá ejercitar en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al médico que le atiende en este estudio.

Asimismo, los resultados del estudio podrán ser comunicados a las Autoridades Sanitarias y eventualmente a la comunidad científica a través de congresos y publicaciones sin que su identidad sea desvelada en ningún momento.

Si usted tiene alguna duda ahora o en algún momento del estudio, por favor contacte:

Dr.: Marcos García Rueda

Dirección: planta 5ª NEUMOLOGIA , pabellón B (H.Carlos Haya)

Teléfono: 951291535

Tanto si decide participar en el estudio como si no, el tratamiento y la

Estudio :Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

atención que recibirá de su médico será el mismo. Realice a su médico todas las preguntas que le puedan surgir antes de tomar una decisión sobre su participación.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Estudio : Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: Abordaje del tabaquismo en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Yo

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

(Nombre y apellidos del paciente)

He hablado con el médico investigador , Dr.

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Entiendo que con mi participación en el estudio consiento en el tratamiento, comunicación y transferencia de mis datos personales y de salud en los términos establecidos en la Hoja de Información que se me ha entregado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Y manifiesto que los datos facilitados para el estudio son exactos y veraces.

Fecha: // Firma del participante

Fecha: // Firma del investigador



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

VISITA BASAL



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Estudio : Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

PRIMERA VISITA (visita basal)

FECHA:

***POR FAVOR : DEVOLVER ESTE CUESTIONARIO A
LA UNIDAD DE TABAQUISMO , PLANTA 5 ,
PABELLÓN B , área administrativa .***



1



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

5. Cigarrillo electrónico

¿ Cuantos fuma al día ?

En el periodo de su vida que mas ha fumado , ¿cuantos cigarrillos fumaba al dia?

¿ Cuantos intentos serios de dejar de fumar ha realizado hasta ahora ?

¿Cuál ha sido el tiempo más largo que ha estado sin fumar en el último año? ____ días

TEST DE RECOMPENSA

Cuando usted ha realizado un intento serio de abandono del tabaco ¿Cuál de estas situaciones ha sido la que ha superado con mayor dificultad?

1 No poder consumir un cigarrillo en aquellos momentos en los que realmente lo disfrutaba

2 Estar ansioso, irritable y nervioso todo el día

Indique ha utilizado anteriormente alguno de los tratamientos siguientes:

Parches nicotina

Chicles o caramelos de nicotina

Espray bucal de nicotina

Bupropion (Zyntabac , Elontril)

Vareniclina (Champix)

Terapias psicológicas

Hipnosis

Acupuntura

Cigarrillo electrónico

Otros

¿Vive con personas que fuman? 1- Sí 2-No

¿Se fuma dentro de su casa? 1- Sí 2-No

¿Viven niños en su casa? 1- Sí 2-No



3



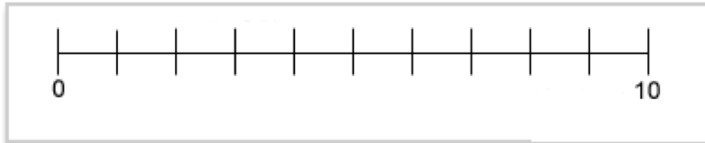
HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

ESCALAS ANALOGICO-VISUALES y TEST de FAGGERSTRÖM

En la siguiente escala de 0 a 10 , señale **cual es el estado actual de su motivacion para dejar de fumar** (0 = ausencia de motivacion , 10 = maxima motivacion)



En la siguiente escala de 0 a 10 , señale **cual cree que es su capacidad para dejar de fumar** (0 = ausencia de capacidad , 10 = maxima capacidad)



4



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

TEST DE FAGERSTRÖM				
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 min.	De 6 a 30 min.	De 31 a 60 min.	Más de 60 min.
	3	2	1	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Sí		No	
	1		0	
¿Qué cigarrillo es el que más necesita?	El primero de la mañana		Cualquier otro	
	1		0	
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos/día	Entre 11 y 20 cigarrillos/día	Entre 21 y 30 cigarrillos/día	31 ó más cigarrillos
	0	1	2	3
¿Después de consumir el primer cigarrillo del día, se fuma el segundo rápidamente?	Sí		No	
	1		0	
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí		No	
	1		0	



5



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

BDI - En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

6



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

3/3

7



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco



- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
- 19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

- 20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo



8



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

EQ-5D - Marque la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY

Movilidad:

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal:

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas: (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar:

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión:

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

- Mejor
- Igual
- Peor



Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

El mejor estado de salud imaginable

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

SU ESTADO DE SALUD HOY

El peor estado de salud imaginable



10



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

SGRQ ---- Este cuestionario está hecho para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario, no tanto para conocer los problemas que los médicos y las enfermeras piensan que usted tiene, sino para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.
Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No gaste demasiado tiempo para decidir las respuestas.

A continuación algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. Por favor, marque una sola respuesta en cada grupo.

- 1.- Durante el último año ¿ha tenido tos?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

- 2.- Durante el último año, ¿ha arrancado (sacar esputos)?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

- 3.- Durante el último año ¿ha tenido ataques de falta de respiración?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

- 4.- Durante el último año ¿ha tenido ataques de pitos o silbidos en los pulmones?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

- 5.- Durante el último año ¿cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios que fueran graves o muy desagradables?
 - ¡ más de 3 ataques.

11



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco



- ¡ 3 ataques.
- ¡ 2 ataques.
- ¡ 1 ataque.
- ¡ ningún ataque.

6.- ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (SI NO TUVO NINGÚN ATAQUE SERIO, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 7).

- ¡ una semana o más
- ¡ de 3 a 6 días.
- ¡ 1 ó 2 días.
- ¡ menos de 1 día.

7.- Durante el último año ¿cuántos días buenos (con pocos problemas respiratorios) pasaba en una semana habitual?

- ¡ ninguno.
- ¡ 1 ó 2 días.
- ¡ 3 ó 4 días.
- ¡ casi cada día.
- ¡ cada día.

8.- Si tiene pitos o silbidos en los pulmones ¿son peor por la mañana? (SI NO TIENE PITOS O SILBIDOS EN LOS PULMONES VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 9)

- ¡ NO
- ¡ SI

9.- ¿Cómo diría usted que está de los pulmones? (Por favor, marque una sola de las siguientes frases).

- ¡ Es el problema más importante que tengo.
- ¡ Me causa bastantes problemas.
- ¡ Me causa algún problema.
- ¡ No me causa ningún problema.

10.- Si ha tenido algún trabajo remunerado, por favor marque una sola de las siguientes frases: (SI NO HA TENIDO UN TRABAJO REMUNERADO VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 11)

- ¡ Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar.
- ¡ Mis problemas respiratorios me dificultan en mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo.
- ¡ Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron) en mi trabajo.

11.- A continuación algunas preguntas sobre las actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

12



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco



	SI	NO
- Me falta la respiración estando sentado o incluso estirado	i	i
- Me falta la respiración cuando me lavo o me visto	i	i
- Me falta la respiración al caminar por dentro de casa	i	i
- Me falta la respiración al caminar por fuera de casa, en terreno llano	i	i
- Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras	i	i
- Me falta la respiración al subir una cuesta	i	i
- Me falta la respiración al hacer deporte o al jugar	i	i

12.- Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

	SI	NO
- Tengo dolor cuando toso	i	i
- Me canso cuando toso	i	i
	SI	NO
- Me falta la respiración cuando hablo	i	i
- Me falta la respiración cuando me agacho	i	i
- La tos o la respiración me molestan cuando duermo	i	i
- Enseguida me agoto	i	i

13.- A continuación algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

	SI	NO
- La tos o la respiración me dan vergüenza en público	i	i
- Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos	i	i
- Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar	i	i
- Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios	i	i
- Creo que mis problemas respiratorios no van a mejorar	i	i
- Por culpa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona débil o inválida	i	i
- Hacer ejercicio es peligroso para mí	i	i
- Cualquier cosa me parece que es un esfuerzo excesivo	i	i

14.- A continuación algunas preguntas sobre su medicación (SI NO ESTÁ TOMANDO NINGUNA MEDICACIÓN VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA Nº 15)

SI NO



13



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

- | | | |
|--|---|---|
| - Creo que la medicación me sirve de poco | i | i |
| - Me da vergüenza tomar la medicación en público | i | i |
| - La medicación me produce efectos desagradables | i | i |
| - La medicación me altera mucho la vida | i | i |

15.- Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque todas las casillas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios.

- | | SI | NO |
|---|----|----|
| - Tardo mucho para lavarme o vestirme | i | i |
| - Me resulta imposible ducharme o bañarme, o tardo mucho rato | i | i |
| - Camino más despacio que los demás, o tengo que pararme a descansar | i | i |
| - Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas, o tengo que parar a descansar | i | i |
| - Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir despacio o parar | i | i |
| - Si he de correr o caminar rápido, tengo que parar o ir más despacio | i | i |
| - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como subir una cuesta, llevar cosas por las escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar a bolos | i | i |
| - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, hacer "jogging", nadar, jugar a tenis, cavar en el jardín o quitar la nieve con una pala | i | i |
| - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido, o practicar deportes de competición | i | i |

16.- Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios le afectan normalmente en su vida diaria. Por favor, marque todas las casillas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios.

- | | SI | NO |
|--|----|----|
| - Puedo hacer deportes o jugar | i | i |
| - Puedo salir a distraerme | i | i |
| - Puedo salir de casa para ir a comprar | i | i |
| - Puedo hacer el trabajo de la casa | i | i |
| - Puedo alejarme mucho de la cama o la silla | i | i |

A continuación hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer. (No tiene que marcarlas, sólo son para recordarle la manera cómo sus problemas respiratorios pueden afectarle).



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco



- Ir a pasear o sacar a pasear al perro.
- Hacer cosas en la casa o el jardín.
- Hacer el amor.
- Ir a la iglesia, al bar, al club o a su lugar de distracción.
- Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo.
- Visitar a la familia o a os amigos, o jugar con los niños.

Por favor, escriba cualquier otra actividad importante que sus problemas respiratorios le impidan hacer:

17.- A continuación ¿podría marcar la frase (sólo una) que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?

- ¡ No me impiden hacer nada de lo que quisiera hacer.
- ¡ Me impiden hacer 1 ó 2 cosas de las que quisiera hacer
- ¡ Me impiden hacer la mayoría de cosas que quisiera hacer
- ¡ Me impiden hacer todo lo que quisiera hacer



15



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

¿Cómo es la EPOC que padece? Realización del COPD Assessment Test (CAT)

Este cuestionario le ayudará a usted y al profesional sanitario encargado de tratarle a medir el impacto que la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) está teniendo en su bienestar y su vida diaria. Sus respuestas y la puntuación de la prueba pueden ser utilizadas por usted y por el profesional sanitario encargado de tratarle para ayudar a mejorar el manejo de la EPOC y obtener el máximo beneficio del tratamiento.

Ejemplo: Estoy muy contento (0) **X** (1) (2) (3) (4) (5) Estoy muy triste

			PUNTUACIÓN
Nunca toso	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Siempre estoy tosiendo	<input type="text"/>
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)	<input type="text"/>
No siento ninguna opresión en el pecho	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Siento mucha opresión en el pecho	<input type="text"/>
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire	<input type="text"/>
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	<input type="text"/>
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco	<input type="text"/>
Duermo sin problemas	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	<input type="text"/>
Tengo mucha energía	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	No tengo ninguna energía	<input type="text"/>

**En el último año, cuantas veces ha tenido que recibir asistencia médica por sus problemas respiratorios (ponga el número aproximado de veces) en su centro de salud?
en urgencias?
en el hospital ingresado?**



Cuestionario Dieta Mediterránea

Sume los puntos que obtenga tras este breve cuestionario; y mire en la parte inferior de las preguntas, donde le indicará si debe mejorar sus hábitos alimenticios, o por el contrario, va bien en la Dieta Mediterránea.

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	4 o más cucharadas = 1 punto
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) (1 ración = 200g).	2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día = 1 punto
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto
8. ¿Bebe usted vino ? ¿Cuánto consume a la semana?	7 o más vasos a la semana = 1 punto
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana = 1 punto
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o	3 o más a la semana = 1 punto

17



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

200 g de marisco)	
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	Menos de 2 a la semana = 1 punto
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g)	3 o más a la semana = 1 punto
13. ¿ Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g)	Sí = 1 punto
14. ¿Cuántas veces a la semana consume 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)?	2 o más a la semana = 1 punto

TOTAL :

Compruebe su estado

- Si su resultado es igual o menor que 8 puntos >>> le conviene mejorar
- Si su resultado está entre 9-12 puntos >>> va bien aunque todavía puede mejorar
- Si su resultado es de 13 o de 14 puntos >>> siga en la misma dirección



18



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

VISITA 6 MESES



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Estudio :
Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

VISITA - 6 meses

FECHA:

***POR FAVOR : DEVOLVER ESTE CUESTIONARIO A LA
UNIDAD DE TABAQUISMO , PLANTA 5 , PABELLÓN B
, área administrativa .***



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco



Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)

Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaría) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com

intranet: AREA ASISTENCIAL → Consulta de Tabaquismo

BDI - En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.

2



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaria) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL→ Consulta de Tabaquismo

- Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo comería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

3/3



3



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)

Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaría) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com

intranet: AREA ASISTENCIAL → Consulta de Tabaquismo

- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo



4



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaria) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL→ Consulta de Tabaquismo

EQ-5D - Marque la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY

Movilidad:

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal:

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas: (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar:

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión:

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

- Mejor
- Igual
- Peor



5



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (Interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaría) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL → Consulta de Tabaquismo

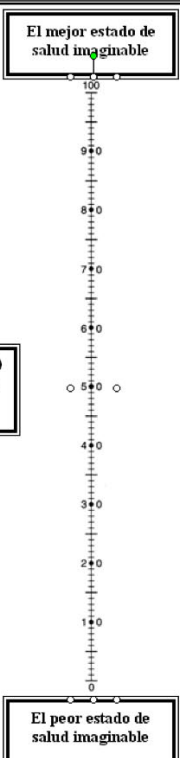
Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

El mejor estado de salud imaginable

SU ESTADO DE SALUD HOY

El peor estado de salud imaginable



6



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaria) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL→ Consulta de Tabaquismo

SGRQ ---- Este cuestionario está hecho para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario, no tanto para conocer los problemas que los médicos y las enfermeras piensan que usted tiene, sino para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No gaste demasiado tiempo para decidir las respuestas.

A continuación algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. Por favor, marque una sola respuesta en cada grupo.

- 1.- Durante el último año ¿ha tenido tos?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

- 2.- Durante el último año, ¿ha arrancado (sacar esputos)?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

- 3.- Durante el último año ¿ha tenido ataques de falta de respiración?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

- 4.- Durante el último año ¿ha tenido ataques de pitos o silbidos en los pulmones?
 - ¡ Casi todos los días de la semana.
 - ¡ Varios días a la semana.
 - ¡ Unos pocos días al mes.
 - ¡ Sólo cuando tuve infección en los pulmones.
 - ¡ Nada en absoluto.

7



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaría) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL → Consulta de Tabaquismo

5.- Durante el último año ¿cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios que fueran graves o muy desagradables?

- ¡ más de 3 ataques.
- ¡ 3 ataques.
- ¡ 2 ataques.
- ¡ 1 ataque.
- ¡ ningún ataque.

6.- ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (SI NO TUVO NINGÚN ATAQUE SERIO, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 7).

- ¡ una semana o más
- ¡ de 3 a 6 días.
- ¡ 1 ó 2 días.
- ¡ menos de 1 día.

7.- Durante el último año ¿cuántos días buenos (con pocos problemas respiratorios) pasaba en una semana habitual?

- ¡ ninguno.
- ¡ 1 ó 2 días.
- ¡ 3 ó 4 días.
- ¡ casi cada día.
- ¡ cada día.

8.- Si tiene pitos o silbidos en los pulmones ¿son peor por la mañana? (SI NO TIENE PITOS O SILBIDOS EN LOS PULMONES VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 9)

- ¡ NO
- ¡ SI

9.- ¿Cómo diría usted que está de los pulmones? (Por favor, marque una sola de las siguientes frases).

- ¡ Es el problema más importante que tengo.
- ¡ Me causa bastantes problemas.
- ¡ Me causa algún problema.
- ¡ No me causa ningún problema.

10.- Si ha tenido algún trabajo remunerado, por favor marque una sola de las siguientes frases: (SI NO HA TENIDO UN TRABAJO REMUNERADO VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 11)

- ¡ Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar.
- ¡ Mis problemas respiratorios me dificultan en mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo.

8



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco



Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaria) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL→ Consulta de Tabaquismo

¡ Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron) en mi trabajo.

11.- A continuación algunas preguntas sobre las actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

	SI	NO
- Me falta la respiración estando sentado o incluso estirado	i	i
- Me falta la respiración cuando me lavo o me visto	i	i
- Me falta la respiración al caminar por dentro de casa	i	i
- Me falta la respiración al caminar por fuera de casa, en terreno llano	i	i
- Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras	i	i
- Me falta la respiración al subir una cuesta	i	i
- Me falta la respiración al hacer deporte o al jugar	i	i

12.- Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

	SI	NO
- Tengo dolor cuando toso	i	i
- Me canso cuando toso	i	i
	SI	NO
- Me falta la respiración cuando hablo	i	i
- Me falta la respiración cuando me agacho	i	i
- La tos o la respiración me molestan cuando duermo	i	i
- Enseguida me agoto	i	i

13.- A continuación algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

	SI	NO
- La tos o la respiración me dan vergüenza en público	i	i
- Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos	i	i
- Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar	i	i
- Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios	i	i
- Creo que mis problemas respiratorios no van a mejorar	i	i
- Por culpa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona	i	i

9



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaría) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: ÁREA ASISTENCIAL → Consulta de Tabaquismo

- | | | |
|--|---|---|
| débil o inválida | i | i |
| - Hacer ejercicio es peligroso para mí | i | i |
| - Cualquier cosa me parece que es un esfuerzo excesivo | i | i |

14.- A continuación algunas preguntas sobre su medicación (SI NO ESTÁ TOMANDO NINGUNA MEDICACIÓN VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA Nº 15)

- | | SI | NO |
|--|----|----|
| - Creo que la medicación me sirve de poco | i | i |
| - Me da vergüenza tomar la medicación en público | i | i |
| - La medicación me produce efectos desagradables | i | i |
| - La medicación me altera mucho la vida | i | i |

15.- Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque todas las casillas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios.

- | | SI | NO |
|---|----|----|
| - Tardo mucho para lavarme o vestirme | i | i |
| - Me resulta imposible ducharme o bañarme, o tardo mucho rato | i | i |
| - Camino más despacio que los demás, o tengo que pararme a descansar | i | i |
| - Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas, o tengo que parar a descansar | i | i |
| - Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir despacio o parar | i | i |
| - Si he de correr o caminar rápido, tengo que parar o ir más despacio | i | i |
| - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como subir una cuesta, llevar cosas por las escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar a bolos | i | i |
| - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, hacer "jogging", nadar, jugar a tenis, cavar en el jardín o quitar la nieve con una pala | i | i |
| - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido, o practicar deportes de competición | i | i |

16.- Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios le afectan normalmente en su vida diaria. Por favor, marque todas las casillas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios.

10



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaria) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL→ Consulta de Tabaquismo

	SI	NO
- Puedo hacer deportes o jugar	i	i
- Puedo salir a distraerme	i	i
- Puedo salir de casa para ir a comprar	i	i
- Puedo hacer el trabajo de la casa	i	i
- Puedo alejarme mucho de la cama o la silla	i	i

A continuación hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer. (No tiene que marcarlas, sólo son para recordarle la manera cómo sus problemas respiratorios pueden afectarle).

- Ir a pasear o sacar a pasear al perro.
- Hacer cosas en la casa o el jardín.
- Hacer el amor.
- Ir a la iglesia, al bar, al club o a su lugar de distracción.
- Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo.
- Visitar a la familia o a los amigos, o jugar con los niños.

Por favor, escriba cualquier otra actividad importante que sus problemas respiratorios le impidan hacer:

17.- A continuación ¿podría marcar la frase (sólo una) que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?

- ¡ No me impiden hacer nada de lo que quisiera hacer.
- ¡ Me impiden hacer 1 ó 2 cosas de las que quisiera hacer
- ¡ Me impiden hacer la mayoría de cosas que quisiera hacer
- ¡ Me impiden hacer todo lo que quisiera hacer



11



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)

Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaría) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL → Consulta de Tabaquismo

¿Cómo es la EPOC que padece? Realización del COPD Assessment Test (CAT)

Este cuestionario le ayudará a usted y al profesional sanitario encargado de tratarle a medir el impacto que la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) está teniendo en su bienestar y su vida diaria. Sus respuestas y la puntuación de la prueba pueden ser utilizadas por usted y por el profesional sanitario encargado de tratarle para ayudar a mejorar el manejo de la EPOC y obtener el máximo beneficio del tratamiento.

Ejemplo: Estoy muy contento (0) (1) (2) (3) (4) (5) Estoy muy triste

			PUNTAJACIÓN
Nunca toso	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Siempre estoy tosiendo	<input type="text"/>
No tengo flema (mucoosidad) en el pecho	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucoosidad)	<input type="text"/>
No siento ninguna opresión en el pecho	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Siento mucha opresión en el pecho	<input type="text"/>
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire	<input type="text"/>
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	<input type="text"/>
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco	<input type="text"/>
Duelmo sin problemas	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	<input type="text"/>
Tengo mucha energía	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	No tengo ninguna energía	<input type="text"/>

En el último año , cuantas veces ha tenido que recibir asistencia médica por sus problemas respiratorios (ponga el número aproximado de veces) en su centro de salud? en urgencias? en el hospital ingresado?



12



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

Área Administrativa , 1º consulta , 5º Planta pab. B (Hospital General)
Telf. (interno) 901535 (contestador) 951291535 (secretaria) 951291442 . email: unidad.de.tabaquismo@gmail.com
intranet: AREA ASISTENCIAL→ Consulta de Tabaquismo

Cuestionario Dieta Mediterránea

Suma los puntos que obtenga tras este breve cuestionario; y mire en la parte inferior de las preguntas, donde le indicará si debe mejorar sus hábitos alimenticios, o por el contrario, va bien en la Dieta Mediterránea.

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto
2. ¿ Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	4 o más cucharadas = 1 punto
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) (1 ración = 200g).	2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día = 1 punto
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto
8. ¿Bebe usted vino ? ¿Cuánto consume a la semana?	7 o más vasos a la semana = 1 punto
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana = 1 punto

13



HRU Carlos Haya pertenece a las Redes Europea y Andaluza de Hospitales libres de humo de tabaco



HOJA DE REVISIONES



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Estudio :
Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

Unidad de Tabaquismo - U.G.C.M.Q. Enfermedades Respiratorias

HOJA REVISIONES

FECHA:

***POR FAVOR : DEVOLVER ESTE CUESTIONARIO
A LA UNIDAD DE TABAQUISMO , PLANTA 5 ,
PABELLÓN B , área administrativa .***



POR FAVOR , responda a estas preguntas :

¿ Ha fumado?

- 1.No he fumado desde la fecha que puse para dejar de fumar**
- 2.No he fumado en la última semana**
- 3.He fumado ¿ Cuantos cigarrillos al día ?**

Si está usando medicacion para dejar de fumar ¿ la ha tomado como la tiene prescrita por su medico ? SI – NO
¿ ha tenido algun problema con la medicación ? SI – NO

La siguiente tabla muestra síntomas o sensaciones que puede estar sintiendo o haber experimentado. Basándose en como se ha sentido ESTA ULTIMA SEMANA redondee con un círculo el número que mejor describe su síntoma para cada uno de los que se señalan a continuación:

	No	Suave	Medio	Moderado	Severo
Mal humor	0	1	2	3	4
Irratibilidad	0	1	2	3	4
Ansiedad	0	1	2	3	4
Nerviosismo	0	1	2	3	4
Falta de concentración	0	1	2	3	4
Apetito	0	1	2	3	4
Acordarse del tabaco , ganas de fumar	0	1	2	3	4
Insomnio	0	1	2	3	4
Intranquilidad	0	1	2	3	4
Impaciencia	0	1	2	3	4
Tristeza	0	1	2	3	4

EQ-5D - Marque la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY

Movilidad:

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal:

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas: (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar:

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión:

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

- Mejor
- Igual
- Peor

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

El mejor estado de salud imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado de salud imaginable

SU ESTADO DE SALUD HOY

Desde la última cita , cuantas veces ha tenido que recibir asistencia médica por sus problemas respiratorios (ponga el número aproximado de veces)

en su centro de salud?

en urgencias?

en el hospital ingresado?

Ha tenido que realizar cambios en su medicación por algún motivo?

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Estudio :
 Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud

HOJA Valoración

FECHA:

Talla (en cm , sólo visita 1)	
Peso	
FC	
FR	
Sat O2 % (FiO2)	
CO en aire exhalado en ppm	
Sólo en las visitas correspondientes	
FVC ml	
FVC(%)	
FEV1 ml	
FEV1%	
FEV1/FVC %	
Pasos recorridos en intervalo especificado	
Metros recorridos en intervalo especificado	
Escalones en intervalo especificado	
Otros:	



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

BIBLIOGRAFÍA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano-Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2013 Aug;49(8):354–63.
2. Eriksen M, MacKay J, Schluger N. *The tobacco atlas*. 5th edn. Atlanta, GA: The American Cancer Society. 2015.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1519–0.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008 Nov 14;57(45):1226–8.
5. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*. 1992 May 23;339(8804):1268–78.
6. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013 Jan 24;368(4):341–50.
7. Anthonisen NR. The Effects of a Smoking Cessation Intervention on 14.5-Year Mortality. *Ann Intern Med*. 2005;142(4):233.
8. MacKay J, Eriksen MP, Ross H. Eriksen M, Mackay J, Ross H. *El Atlas del tabaco*. Cuarta ed. Atlanta, GA: Sociedad Americana contra el Cáncer; Nueva York, NY: Fundación Mundial del Pulmón; 2012.
9. ASPECT Consortium. *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. European Commission, editor. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.

10. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin*. 2011 Feb;136(3):97–102.
11. Bosetti C, Bertuccio P, Malvezzi M, Levi F, Chatenoud L, Negri E, et al. Cancer mortality in Europe, 2005-2009, and an overview of trends since 1980. *Ann Oncol*. Oxford University Press; 2013 Oct;24(10):2657–71.
12. Sanchez Cruz JJ, Garcia Fernandez L, Mayoral Cortes JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012 [Internet]. Consejería de Igualdad SYPS, editor. 2013 [consultado 22 Sep 2015]. pp. 1–347. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf
13. Murray CJL. The State of US Health, 1990-2010. *JAMA*. 2013 Aug 14;310(6):591–18.
14. Brønnum-Hansen H, Juul K. Abstention from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tob Control*. 2001 Sep;10(3):273–8.
15. Nusselder WJ, Looman CW, Marang-van de Mheen PJ, van de Mheen H, Mackenbach JP. Smoking and the compression of morbidity. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Aug;54(8):566–74.
16. Tillmann M, Silcock J. A comparison of smokers“ and ex-smokers” health-related quality of life. *J Public Health Med*. 1997 Sep;19(3):268–73.
17. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.

18. Shafey O, Eriksen M, Ross H, MacKay J. El atlas del tabaco [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2009. [consultado 22 Sep 2015]. Disponible en: <https://coalicioncmct.files.wordpress.com/2010/07/atlas-del-tabaco.pdf>
19. Eriksen M, MacKay J, Ross H. Eriksen M, Mackay J, Ross H. *The Tobacco Atlas*. Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012. Disponible en: www.TobaccoAtlas.org
20. World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. *Development in practice*. Washington DC; 1999. [consultado 22 Sep 2015]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/1999/05/437174/curbing-epidemic-governments-economics-tobacco-control>
21. Saiz Martínez-Acitores I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la Iglesia B, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M, et al. [National Action Plan for Prevention and Tobacco Control]. *Rev Esp Salud Publica*. 2003 Jul;77(4):441–73.
22. Pérez-Martín J, Peruga A. La Asociación Internacional de Productores de Tabaco ataca a la OMS. *Rev Panam Salud Publica*. 2003 Apr;13(4):267-70.
23. Wacker M, Holle R, Heinrich J, Ladwig K-H, Peters A, Leidl R, et al. The association of smoking status with healthcare utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):278.
24. Cortada EB, Muñoz JLD-M, Pinilla CF, García-Aranda VL, Torrell JMR, de Burgoa VS, et al. Perfil del paciente que quiere dejar de fumar atendido en consultas de Atención Primaria y especializada de España. *Rev Clin Esp*. 2009 Apr 1;209(4):160–7.
25. Office on Smoking and Health (US). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006.

26. Peto R, Boreham J, Lopez AD. Mortality from smoking in developed countries. Oxford University Press; 1996.
27. Office of the Surgeon General (US), Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004.
28. Lopez MJ, Nebot M, Schiaffino A, Perez-Rios M, Fu M, Ariza C, et al. Two-year impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke: evidence of the failure of the “Spanish model.” *Tob Control*. 2012 Jun 22;21(4):407–11.
29. Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez-Ruiz C, López García-Aranda V, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2):175–200.
30. Domínguez JP, López-Valcárcel BG. Impuestos sobre el tabaco, demanda de marca y estrategias de las compañías tabaqueras en España 2004-2007. Documento de trabajo. 2009.
31. Coronini-Cronberg S, Heffernan C, Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence. *JRSM Short Rep*. 2011 Oct;2(10):78–8.
32. Izquierdo JL. The burden of COPD in Spain: results from the Confronting COPD survey. *Res Med*. 2003 Mar;97 Suppl C:S61–9.
33. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004 Jan;99(1):29–38.
34. de Granda-Orive JI, Martínez-Albiach JM. [Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Arch Bronconeumol*. 2005 Oct 31;41(11):625–33.
35. Soler X, Murio C, Heras J, Calero G, Pérez M, Morera J. Hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio EPOTABAC. *Prev Tab*. 2008;10(3):95–101.

36. Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T, Schmidt H, Rutten-van Mölken MPMH, Beeh KM, et al. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2011 Mar 24;364(12):1093–103.
37. van der Meer RM, Wagena E, Ostelo RW, Jacobs AJ, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. van der Meer RM, editor. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001.
38. Schauer GL, Wheaton AG. Health care provider screening and advice for smoking cessation among smokers with and without COPD: 2009-2010 National Adult Tobacco Survey. *Chest*. 2015. doi:10.1378/chest.14-2965
39. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax*. 2010 Aug;65(8):711–8.
40. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J*. 2009 Sep;34(3):634–40.
41. Papadopoulos G, Vardavas CI, Limperi M, Linardis A, Georgoudis G, Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulm Med* [Internet]. 2011;11(1):13. [consultado 22 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/11/13>
42. Piper ME, Kenford S, Fiore MC, Baker TB. Smoking Cessation and Quality of Life: Changes in Life Satisfaction Over 3 Years Following a Quit Attempt. *Ann Behav Med*. 2011 Dec 10;43(2):262–70.
43. Thabane M, COPD Working Group. Smoking cessation for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2012;12(4):1–50.

44. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Stead LF, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 Oct 12;10:CD009670.
45. van Eerd E, van der Meer RM, Reda AA, van Schayck CP, Kotz D. Smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, Issue 9. Art. No.: CD010744. DOI: 10.1002/14651858.CD010744.
46. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299–303.
47. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013 Feb 15;187(4):347–65.
48. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am Rev Respir Dis*. 1992 Jun;145(6):1321–7.
49. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*. 1996 Jun;9(6):1160–6.
50. Harper R, Brazier JE, Waterhouse JC, Walters SJ, Jones NM, Howard P. Comparison of outcome measures for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in an outpatient setting. *Thorax*. 1997 Oct;52(10):879–87.
51. Group T. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16(3):199–208.
52. Ringbaek T, Brøndum E, Martinez G, Lange P. EuroQoL in assessment of the effect of pulmonary rehabilitation COPD patients. *Res Med*. 2008 Nov 1;102(11):1563–7.

53. Ferrer M, Villasante C, Alonso J, Sobradillo V, Gabriel R, Vilagut G, et al. Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire. *Eur Respir J*. 2002 Mar 1;19(3):405–13.
54. Meguro M, Barley EA, Spencer S, Jones PW. Development and Validation of an Improved, COPD-Specific Version of the St. George Respiratory Questionnaire. *Chest*. 2007 Aug;132(2):456–63.
55. Asencio J, Mesa P, Castro-Barea J, Olvera J, Calero M. Atención a las personas fumadoras: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud Junta de Andalucía, editor. Sevilla; 2008.
56. Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011 Sep 29;365(13):1222–31.
57. Rigotti NA. Smoking cessation in patients with respiratory disease: existing treatments and future directions. *Lancet Respir Med*. 2013;1(3):241–50.
58. Gutiérrez F, Arenas M, Casas F, García M, Grávalos J, Márquez FL et al. Documento de consenso de neumosur sobre diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. *Rev Esp Patol Torac*. 2009;21(3):1–49.
59. E SI, M E. Sánchez Iriso E, Errea M. EQIS 2.0. 2013 [descargado el 28 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.econ.unavarra.es/~eqis/index.htm>
60. Asamblea Médica Mundial. Declaracion de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Internet). 1964 (citado 16 de marzo de 2012). Recuperado a partir de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
61. Fletcher CM, Elmes PC, Fairbairn As, Wood Ch. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. *Br Med J*. BMJ Group; 1959 Aug 28;2(5147):257–66.
62. Holman WJ, Dawlish D. Medical Research Council's Committee on Research into Chronic Bronchitis. A) Questionnaire on respiratory symptoms; B) Instructions for the use of the questionnaires on respiratory symptoms London. Medical Research Council. 1966.

63. Gratziou C, Florou A, Ischaki E, Eleftheriou K, Sachlas A, Bersimis S, et al. Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions. *Res Med*. 2014 Feb 2;108(4):577–83.
64. Seidl H, Meisinger C, Wende R, Holle R. Empirical analysis shows reduced cost data collection may be an efficient method in economic clinical trials. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):318.
65. Jiménez Ruiz CA, Miranda JAR, Gómez NA, Blasco JJJ, Miñana JS-C, Reina SS, et al. Treatment of Smoking in Smokers With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Bronconeumol*. 2013 Jul 31;49(8):354–63.
66. Miravittles M. Inflamación, tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Demasiadas preguntas y pocas respuestas. *Med Clin*. 2012 Jun 16;139(2):65–6.
67. Yasuda H, Yamaya M, Nakayama K, Ebihara S, Sasaki T, Okinaga S, et al. Increased Arterial Carboxyhemoglobin Concentrations in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 2005 Jun;171(11):1246–51.
68. Mulder I, Tjhhuis M, Smit HA, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med*. 2001 Dec;33(6):653–60.
69. Aibar Arregui MA, Laborda Ezquerria K, Conget López F. Relationship between objective data and health-related quality of life in COPD patients. *An Med Interna*. 2007;24(10):473–7.
70. Tashkin DP, Celli B, Senn S, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, et al. A 4-Year Trial of Tiotropium in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2008 Oct 9;359(15):1543–54.
71. Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest*. 2006 Aug;130(2):334–42.
72. Lange P, Celli B, Agusti A, Jensen GB, Divo M, Faner R, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2015 Jul 8;373(2):111–22.

73. Tomioka H, Sekiya R, Nishio C, Ishimoto G. Impact of smoking cessation therapy on health-related quality of life. *BMJ Open Respir Res.* 2014;1(1):e000047–7.
74. Marin JM, Cote CG, Díaz O, Lisboa C, Casanova C, Lopez MV, et al. Prognostic assessment in COPD: health related quality of life and the BODE index. *Respir Med.* 2011 May 31;105(6):916–21.
75. Nonato NL, Díaz O, Nascimento OA, Dreyse J, Jardim JR, Lisboa C. Comportamiento de la calidad de vida (SGRQ) en pacientes con EPOC según las puntuaciones BODE. *Arch Bronconeumol.* 2015 Jul 1;51(7):315–21.
76. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos no 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
77. Roman A, Barbera JA, Castillo MJ, Muñoz R, Escribano P. Calidad de vida relacionada con la salud en una cohorte nacional de pacientes con hipertensión arterial pulmonar o hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. *Arch Bronconeumol.* 2013 May;49(5):181–8.
78. Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28(6):425–9.
79. Rutten-van Mölken MPMH. Does Quality of Life of COPD Patients as Measured by the Generic EuroQol Five-Dimension Questionnaire Differentiate Between COPD Severity Stages?. *Chest.* 2006 Oct 1;130(4):1117–12.
80. Decramer M, Celli B, Tashkin DP, Pauwels RA, Burkhart D, Cassino C, et al. Clinical trial design considerations in assessing long-term functional impacts of tiotropium in COPD: the UPLIFT trial. *COPD.* 2003 Dec 31;1(2):303–12.
81. Harper R, Brazier JE, Waterhouse JC, Walters SJ, Jones NM, Howard P. Comparison of outcome measures for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in an outpatient setting. *Thorax.* 1997 Oct 1;52(10):879–87.



82. Ståhl E, Lindberg A, Jansson S-A, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, et al. Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3(1):56.
83. Vogl M, Wenig CM, Leidl R, Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health*. 2012 Mar 19;12(1):203.
84. Miravittles M, Ferrer M, Pont A, Zalacain R, Alvarez-Sala JL, Masa F, et al. Effect of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a 2 year follow up study. *Thorax*. 2004 May;59(5):387–95.
85. Wedzicha JA, Brill SE, Allinson JP, Donaldson GC. Mechanisms and impact of the frequent exacerbator phenotype in chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Med*. 2013;11(5):181.
86. Almagro P, Cabrera FJ, Diez J, Boixeda R, Ortiz B, Murio C, et al. Comorbidities and short-term prognosis in patients hospitalized for acute exacerbation of COPD. The ESMI study. *Chest*. 2012 Apr 5;142(5):1126.
87. Lapperre TS, Sont JK, van Schadewijk A, Gosman MM, Postma DS, Bajema IM, et al. Smoking cessation and bronchial epithelial remodelling in COPD: a cross-sectional study. *Respir Res*. 2007;8(1):85.
88. Lapperre TS. Relation between duration of smoking cessation and bronchial inflammation in COPD. *Thorax*. 2006 Feb 1;61(2):115–21.
89. Willemse B, Hacken Ten N. Effect of 1-year smoking cessation on airway inflammation in COPD and asymptomatic smokers. *Eur Respir J* 2005;26(5):835–45.
90. Zhang M-Q, Wan Y, Jin Y, Xin J-B, Zhang J-C, Xiong X-Z, et al. Cigarette Smoking Promotes Inflammation in Patients with COPD by Affecting the Polarization and Survival of Th/Tregs through Up-Regulation of Muscarinic Receptor 3 and 5 Expression. *Chung Y*, editor. *PLoS ONE*. 2014 Nov 6;9(11):e112350–18.
91. Tashkin DP. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Semin Respir Crit Care Med*. 2015;36(04):491–507.

92. Cinciripini PM, Robinson JD. Effects of varenicline and bupropion sustained-release use plus intensive smoking cessation counseling on prolonged abstinence from smoking and on Depression, Negative Affect, and Other Symptoms of Nicotine Withdrawal. *JAMA*. 2013;70(5):522.
93. Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Mayayo Ulibarri M, Cristobal Fernández M, Lopez Gonzalez G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res*. 2012 Sep;14(9):1035–9.
94. Jiménez Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tønnesen P, van Schayck CP, Hajek P, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J*. 2015 Apr 16;46(1):ERJ–00926–2014–79.
95. Solano Reina S, Vaquero Lozano P, 8209 SG, Tenorio R, López Ruiz T, Jimenez-Ruiz CA, et al. Tratamiento del tabaquismo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Patol Respir*. 2012 Oct 1;15(04):123–8.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

