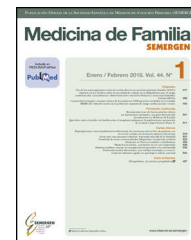




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Análisis comparativo: Efectividad del tratamiento antitabáquico en la población con comorbilidad psiquiátrica



R. Godoy^{a,*}, F.J. Callejas^a, J. Cruz^a, A.I. Tornero^a, P.J. Tárraga^b
y J.A. Rodríguez-Montes^c

^a Servicio de Neumología, Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete, Albacete, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete, Albacete, España

^c Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 8 de enero de 2017; aceptado el 31 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 20 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo;
Deshabitación
tabáquica;
Éxito de tratamiento;
Fracaso;
Recaída;
Comorbilidad
psiquiátrica

Resumen

Objetivo: Se decidió comprobar que el tratamiento antitabáquico no era menos efectivo en la población psiquiátrica que en la sana.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, descriptivo y comparativo. Se utilizó *chi-cuadrado*, razón de verosimilitud y *t de Student*. Significación estadística $p \leq 0,05$. Realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete durante los años 2008-2012, con todos los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo.

Resultados: El estudio incluyó a 1.484 pacientes, el 48,6% mujeres, edad 46,8 años, y edad de inicio al consumo 17,6. Número de intentos previos 1,48 y 25,39 cigarrillos-día. Test de Fagerström, 6,04; Richmond, 8,13; y cooximetría, 16,65 ppm. Enviados desde atención primaria (38,7%) y Neumología (33%); tipo de tabaco, 75,8% rubio. El 15% con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 8% con asma, el 9,4% con síndrome de apneas-hipopneas del sueño, el 28,7% con enfermedad respiratoria, el 4,6% cardiovascular, el 3,5% ambas, el 7,2% con hernia hiato, el 3,8% con enfermedad tiroidea, el 19% hipertensión, el 10,7% diabetes y el 29,4% dislipidemia. El 7,1% consumían drogas, un 12,6% alcohol y el 39,3% tenían comorbilidad psiquiátrica (CPs). Los que padecían o no CPs fueron equiparables excepto en sexo, edad de inicio, Fagerström, Richmond, procedencia, asma, hernia de hiato, enfermedad tiroidea, hipertensión arterial y drogas. No acudió a la 2.ª visita el 49,3% y hubo diferencias entre el tratamiento que se ofreció a los que tenían CPs. Completaron el tratamiento el 22,3% en CPs, sin diferencias existentes, así como tampoco en los que se trataron y no abandonaron, fracaso y días de abstinencia. Sí se detectaron respecto al éxito ($p=0,008$), el 13% con CPs y el 18,2% en los que no.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raulgodoy.japones@gmail.com (R. Godoy).

KEYWORDS

Smoking habit;
Tobacco cessation;
Treatment success;
Failure;
Psychiatric
comorbidity

Conclusión: El tratamiento antitabáquico en pacientes psiquiátricos es efectivo. Hay un aumento en la probabilidad de éxito en pacientes sin comorbilidad psiquiátrica.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comparative analysis: Effectiveness of nicotine addiction treatment in people with psychiatric comorbidity

Abstract

Objective: To determine whether or not nicotine addiction treatment was less effective in psychiatric than in the healthy population.

Material and methods: A retrospective, descriptive and comparative cohort study was conducted in Albacete University Hospital during years 2008-2012 on all patients that attended the Tobacco Cessation Unit. The statistical tests used were Chi-squared, likelihood ratio, and the Student *t* test. Statistical significance $P \leq .05$.

Results: The study included a total of 1,484 patients, of which 48.6% were female. The mean age was 46.8 years, and the mean age of starting smoking was 17.6 years. The mean number of previous attempts to quit was 1.48, and mean number of cigarettes smoked was 25.39. They had a mean Fagerström score of 6.04, a Richmond score of 8.13, and a mean carbon monoxide level of 16.65 ppm. Most patients were referred from Primary Care (38.7%) and Chest Diseases department (33%), and the type of tobacco smoked was "light" in 75.8%. There was 15% with chronic obstructive pulmonary disease, 8% with asthma, and 9.4% with obstructive sleep apnoea syndrome. Furthermore, there was respiratory disease in 28.7%, cardiovascular disease in 4.6%, and both in 3.5%. Hiatus hernia was present in 7.2%, thyroid disease in 3.8%, hypertension in 19%, diabetes in 10.7%, and dyslipidaemia in 29.4%. Drugs were used by 7.1%, and 12.6% consumed alcohol. There was 39.3% psychiatric comorbidity (PC), and were comparable except in gender, age of onset, Fagerström, Richmond, source of referral, asthma, hiatus hernia, thyroid disease, hypertension, as well as drugs and treatment. Drug treatment was completed by 22.3% in the PC group, with no significant difference. There were differences in success ($P = .008$), but not in failure and relapse rates.

Conclusion: Anti-smoking treatment in psychiatric patients is effective. An increase in the probability of treatment success is observed in patients without psychiatric comorbidity.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El tabaquismo es una enfermedad sistémica y, como tal, está incluida en la versión del 2015 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la *CIE-10*, en el apartado *F-17* (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco)^{1,2}. Perteneció al grupo de las adicciones y está catalogada por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V)*³ de la *American Psychiatric Association* como enfermedad.

El tabaquismo es la causa aislada más importante de morbilidad prematura prevenible y evitable en los países desarrollados⁴. Múltiples enfermedades y condiciones patológicas están directamente causadas o se han relacionado con la exposición al tabaco⁵.

El tabaco fumado es responsable de aproximadamente 5 millones de muertes anuales a lo largo del mundo y otras 600.000 personas mueren por el humo de «segunda mano» (tabaquismo pasivo). El tabaco mata más que la tuberculosis, la malaria y el sida juntos⁶, llegando

a ser la primera causa de mortalidad en los países desarrollados⁷⁻¹⁰.

Si no se toman medidas, el tabaco se estima que puede matar en el siglo *XXI* a 1.000 millones de personas.

A nivel mundial existen cada vez más fumadores, aunque en países desarrollados como EE. UU., Canadá y en la Unión Europea se ha estabilizado o ha comenzado a disminuir¹¹ la tasa de los mismos. En el año 2012 fumaba el 21% de la población mundial que tenía 15 o más años y la cantidad de hombres que fumaba era 5 veces mayor a la de mujeres (36 vs. 7%)¹².

Ya en el año 1986 se corroboró una fuerte asociación entre el tabaco y la sintomatología psiquiátrica¹³, existiendo una relación proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la dependencia del tabaco¹⁴.

En las sociedades desarrolladas, un porcentaje muy alto de los fumadores presenta enfermedad psiquiátrica detectable. Tanto es así que el consumo de tabaco puede ser considerado un marcador de enfermedad psiquiátrica y los estados de ánimo negativo aumentan la capacidad de refuerzo del tabaco¹⁴.

Además estos pacientes fuman bastante más que la población general, por lo que el riesgo de sufrir las enfermedades relacionadas con el tabaco es mayor. Por ello, es sumamente importante ofrecer un tratamiento efectivo para la deshabituación tabáquica y medir que efectivamente lo sea.

Teniendo en cuenta esta relación entre el tabaquismo y la enfermedad psiquiátrica, la mayor dependencia del tabaco y la capacidad de refuerzo aumentada que tiene esta sustancia en esta población, los autores pensaban que el resultado del tratamiento antitabáquico podría ser peor que en la población general, por lo que se decidió comprobar que el tratamiento antitabáquico no era menos efectivo en la población psiquiátrica que en la sana.

Métodos

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, descriptivo y comparativo de todos los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete durante los años 2008-2012.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Se han seguido los protocolos del centro para el tratamiento de datos de los pacientes, utilizando una base de datos completamente anonimizada.

Esta Unidad recibe pacientes de toda la provincia de Albacete y acaba de ser acreditada por el Sistema de Acreditación de Unidades de tabaquismo de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) y surgió en el 2003 a raíz del desarrollo del «Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010» por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

El seguimiento de los pacientes es sistemático y consta de una serie de visitas. En la primera consulta se realiza tanto una historia clínica general como una historia clínica específica de tabaquismo, así como una exploración física exhaustiva, incluyendo constantes como la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, y datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal), la cooximetría, la dependencia nicotínica medida por el test de *Fagerström* y la motivación del sujeto para afrontar el cese medida por el test de *Richmond*.

Una vez hecho el diagnóstico de fumador, se fija el día de abandono y de las visitas sucesivas. En esta primera consulta se decide el tratamiento farmacológico de forma individual, seleccionándolo en función del número de cigarrillos consumidos, test de dependencia de nicotina, cooximetría, comorbilidad, contraindicaciones, interacciones farmacológicas y las preferencias del paciente. Además se utilizan técnicas cognitivo-conductuales para apoyar el tratamiento. Las visitas sucesivas sirven para controlar los síntomas de abstinencia, cooximetría, constantes y hacer una resolución de problemas y control del cumplimiento correcto del tratamiento, así como los posibles efectos secundarios derivados de los mismos. La intervención y las visitas están sistematizadas, aunque el número de visitas se puede adaptar a las necesidades del paciente durante el seguimiento.

Se realizó una base de datos, que fue anonimizada y aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro. Se incluyeron para el estudio los pacientes atendi-

dos entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre del 2012, con un seguimiento posterior de un año.

Se hizo una revisión descriptiva y una comparación entre los pacientes con enfermedad psiquiátrica y los que no la tenían, utilizando la *chi-cuadrado*, la razón de verosimilitud y, en las variables cuantitativas, la *t de Student*. Se utilizó el SPSS 20.0 versión para Mac y se determinó que la significación estadística se consiguió con una $p \leq 0,05$. La revisión descriptiva se utilizó midiendo la frecuencia y el porcentaje en las variables cualitativas, medidas de tendencia central como la media y la desviación estándar (DE) como medida de dispersión para las variables cuantitativas. Se consideró que el paciente tenía una enfermedad psiquiátrica siempre que esta estuviese diagnosticada previamente o se diagnosticase durante el estudio y seguimiento.

Entre las variables se registró la procedencia, definida según la remisión del paciente: Neumología, atención primaria, Cardiología, Psiquiatría, SESCAM (pacientes que se acogieron a la subvención que proporcionó el propio SESCAM para personal educativo y sanitario) y otros, que fueron Medicina Interna, Alergología, Otorrinolaringología, Endocrinología, Neurología, Digestivo, Salud Laboral, Radioterapia, Oncología y Geriátrica.

Se revisó el tratamiento farmacológico realizado entre los que acudieron a la segunda visita, haciendo también una comparación entre los pacientes con comorbilidad psiquiátrica (CPs) y sin esta comorbilidad.

Como medida de efectividad del tratamiento realizado se utilizó la variable *éxito*, definida como abstinencia continua y mantenida durante un año. Además, se registraron otras variables secundarias como aquellos pacientes que completaron el tratamiento farmacológico y el tiempo de tratamiento, los que recibieron cualquier tratamiento y no abandonaron el tabaco, los días de abstinencia hasta la recaída y los pacientes que fracasaron, definido el fracaso como los pacientes que no lograron mantenerse ni 24 h sin fumar. Se definió la recaída como el tiempo en el que el paciente volvió a fumar tras una abstinencia mínima de 24 h, descartándose los pacientes que ya se habían clasificado en la variable *éxito*.

Resultados

El total de la población estudiada fue de 1.484 pacientes, de los que el 48,6% eran mujeres (tabla 1). La edad media fue de 46,8 años, y la edad media de inicio al consumo tabáquico 17,6 años. El número medio de intentos previos de dejar de fumar fue de 1,48 y la media de cigarrillos fumados al día 25,39. La media del test de *Fagerström* fue 6,04; del test de *Richmond*, 8,13; y de la cooximetría, 16,65 ppm (partes por millón). La mayoría de los pacientes fueron enviados desde atención primaria (38,7%) y Neumología (33%) y el tipo de tabaco más inhalado, por un 75,8% de los fumadores, el rubio.

En cuanto a las comorbilidades, un 15% presentaba enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un 8% asma y un 9,4%, síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Globalmente presentaron enfermedad respiratoria un 28,7% de los pacientes, un 4,6% enfermedad cardiovascular y ambas (enfermedad respiratoria / enfermedad cardiovascular) un 3,5%. Hernia de hiato y enfermedad tiroidea la sufrían un 7,2 y un 3,8%, respectivamente, y respecto a los factores de riesgo cardio-

Tabla 1 Comparación características de los pacientes con CPs y sin CPs y con la población general

		Con CPs	No CPs	
<i>Mujer</i>	721 (48,6%)	366 (62,8%)	355 (39,4%)	$p < 0,001$
<i>Hombre</i>	763	217	546	
<i>Edad</i>	46,85 (DE 11,3)	46,75 (DE 10,58)	46,92 (DE 11,74)	$p = 0,78$
<i>Edad inicio</i>	17,6 (DE 4,51)	17,35 (DE 4,73)	16,87 (DE 4,35)	$p = 0,046$
<i>N.º de intentos previos</i>	1,48 (DE 1,82)	1,44 (DE 1,62)	1,51 (DE 1,93)	$p = 0,485$
<i>N.º de cigarrillos/día</i>	25,39 (DE 11,89)	25,55 (DE 11,94)	25,29 (DE 11,87)	$p = 0,681$
<i>Test de Fagerström</i>	6,04 (DE 2,28)	6,3 (DE 2,74)	5,87 (DE 2,26)	$p < 0,001$
<i>Test de Richmond</i>	8,13 (DE 1,45)	8,03 (DE 1,52)	8,2 (DE 1,39)	$p = 0,028$
<i>Cooximetría</i>	16,65 (DE 9,25)	17,13 (DE 9,72)	16,34 (DE 8,93)	$p = 0,113$
<i>Procedencia</i>				$p < 0,001$
Neumología	489 (33%)	194 (33,3%)	295 (32,7%)	
AP	574 (38,7%)	224 (38,4%)	350 (38,8%)	
Cardiología	37 (2,5%)	12 (2,1%)	25 (2,8%)	
Psiquiatría	30 (2%)	28 (4,8%)	2 (0,2%)	
SESCAM	142 (9,6%)	41 (7%)	101 (11,2%)	
Otros	212 (12,2%)	84 (14,4%)	128 (14,2%)	
<i>Tipo de tabaco</i>				$p = 0,606$
Rubio	1125 (75,8%)	446 (76,5%)	679 (75,4%)	
Negro	131 (8,8%)	44 (7,5%)	87 (9,7%)	
Light	188 (12,7%)	75 (12,9%)	113 (12,5%)	
EPOC	222 (15%)	75 (12,9%)	147 (16,3%)	$p = 0,067$
Asma	118 (8%)	58 (9,9%)	60 (6,7%)	$p = 0,022$
SAHS	140 (9,4%)	49 (8,4%)	91 (10,1%)	$p = 0,275$
ER	426 (28,7%)	173 (29,7%)	253 (28,1%)	$p = 0,205$
ECV	68 (4,6%)	33 (5,7%)	35 (3,9%)	
ER/ECV	52 (3,5%)	16 (2,7%)	36 (4%)	
Hernia de hiato	107 (7,2%)	53 (9,1%)	54 (6%)	$p = 0,024$
Enfermedad tiroidea	57 (3,8%)	31 (5,3%)	26 (2,9%)	$p = 0,017$
HTA	282 (19%)	127 (21,8%)	155 (17,2%)	$p = 0,028$
DM	159 (10,7%)	61 (10,5%)	98 (10,9%)	$p = 0,801$
DLP	436 (29,4%)	177 (30,4%)	259 (28,7%)	$p = 0,505$
Otras drogas	106 (7,1%)	63 (10,8%)	43 (4,8%)	$p < 0,001$
Alcohol	187 (12,6%)	72 (12,3%)	115 (12,8%)	$p = 0,815$
<i>CPs</i>	583 (39,3%)			
Trastorno alimentario	17 (1,1%)			
Trastorno bipolar	24 (1,6%)			
Depresión/ansiedad	529 (35,6%)			
Otras	13 (1%)			

AP: atención primaria; CPs: comorbilidad psiquiátrica; DE: desviación estándar; DLP: dislipidemia; DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ER: enfermedad respiratoria; ER/ECV: enfermedad respiratoria y cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; No CPs: sin comorbilidad psiquiátrica; SAHS: síndrome de apneas-hipopneas del sueño; SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

vascular, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia estuvo presente en el 19; 10,7 y 29,4% respectivamente.

Un 7,1% de los pacientes consumía drogas, exceptuando el alcohol y tabaco, y un 12,6%, alcohol.

Quinientos ochenta y tres pacientes, un 39,3% de la muestra, presentó CPs, y la mayor parte, 529 de ellos, sufrían depresión y/o ansiedad.

Al dividir la muestra entre los que padecían o no CPs, se observó que ambas fueron equiparables en edad, número de intentos previos para dejar de fumar, número de cigarrillos fumados al día, el resultado de la cooximetría, el tipo de tabaco, rubio en ambas, y ciertas comorbilidades como

la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el síndrome de apneas-hipopneas del sueño y la enfermedad respiratoria y/o cardiovascular, los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo diabetes mellitus y dislipidemia, y en cuanto al consumo de alcohol, sin diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo, sí existieron diferencias significativas en cuanto al sexo ($p < 0,001$), habiendo más mujeres entre las que padecían trastorno psiquiátrico, y en la edad de inicio al consumo ($p = 0,046$), iniciándose más tarde en el consumo los pacientes con CPs. Los pacientes con CPs presentaron una mayor dependencia nicotínica (el test de *Fagerström* puntuó más alto, $p < 0,001$) y una menor motivación, con un test

Tabla 2 Tratamiento farmacológico, excluyendo a los pacientes que no acudieron a la 2.^a consulta (% de los que acudieron), de los pacientes con CPs y sin CPs y de la población general

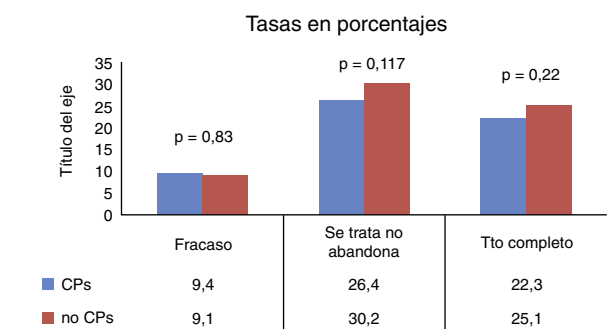
		CPs	No CPs	
Sin tratamiento	60 (8%)	22 (7,8%)	38 (8,1%)	p < 0,002
TSN	227 (30,1%)	105 (37,4%)	122 (25,8%)	
BUP	92 (12,2%)	39 (13,9%)	53 (11,2%)	
VRN	343 (45,6%)	101 (35,9%)	242 (51,3%)	
Otros	31 (4,1%)	14 (5%)	17 (3,6%)	p = 0,115
No acudió 2. ^a consulta	731 (49,3%)	302 (51,8%)	429 (47,6%)	

BUP: bupropión; CPs: comorbilidad psiquiátrica; No CPs: sin comorbilidad psiquiátrica; TSN: terapia sustitutiva con nicotina; VRN: vareniclina.

de *Richmond* más bajo ($p=0,028$). También se observaron diferencias en cuanto a la procedencia ($p<0,001$) y la presentación de diversas enfermedades como el asma bronquial ($p=0,022$), la hernia de hiato ($p=0,024$), la enfermedad tiroidea ($p=0,017$) y la hipertensión arterial ($p=0,028$) entre los que estaban en el grupo de CPs. Además, en el consumo de otras drogas, que no eran alcohol o tabaco, la diferencia fue también muy significativa ($p<0,001$) en los que presentaron CPs.

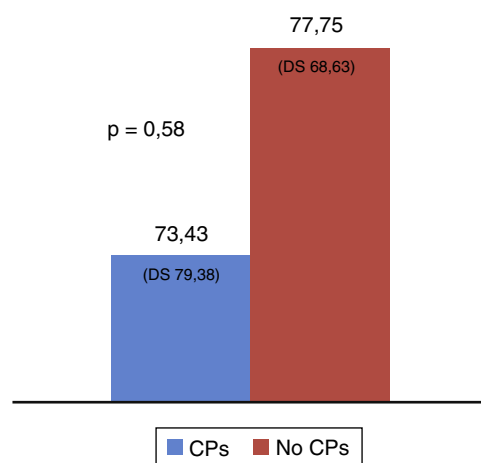
En los pacientes que acudieron a la segunda visita se revisó el tratamiento farmacológico (tabla 2). No acudió el 49,3% y no hubo diferencias entre los que tenían CPs y los que no. El 8% de los que acudieron a la segunda visita no recibió tratamiento farmacológico, un 30,1% recibió terapia sustitutiva con nicotina, un 12,2%, bupropión, un 45,6%, vareniclina y un 4,1%, otros (mezcla o terapia secuencial con las anteriores). Al analizar las frecuencias esperadas entre los pacientes con CPs y los que no, se observó una diferencia significativa ($p=0,002$).

Los que completaron el tratamiento farmacológico fueron 130 pacientes, un 22,3% en el grupo de CPs, y 226, el 25,1%, en el grupo de pacientes sin CPs, sin hallar diferencias significativas entre ambos. Tampoco existió diferencia en el porcentaje de los que se trataron y no abandonaron, que fueron 154 (26,4%) en el primer grupo y 272, un 30,2%, en el segundo. En cuanto al fracaso, en los pacientes con CPs hubo 55 (9,4%), y en los que no tenían CPs, 82, un 9,1%, sin diferencias significativas (fig. 1).

**Figura 1** Tasas de fracaso (%), pacientes tratados y que no abandonaron y pacientes que realizaron el tratamiento completo.

CPs: comorbilidad psiquiátrica; No CPs: sin comorbilidad psiquiátrica.

Media de días de abstinencia hasta recaída

**Figura 2** Media de días de abstinencia hasta la recaída, excluyendo a los pacientes que habían fracasado y los que habían tenido éxito.

CPs: comorbilidad psiquiátrica; No CPs: sin comorbilidad psiquiátrica.

Los días de abstinencia media hasta la recaída, sin contar los que habían fracasado o tenido éxito, fueron 73,43 (DE 79,38) en los que tenían CPs, y 77,75 (DE 68,63) en los que no tenían CPs, sin existir diferencias entre ambos grupos (fig. 2).

Por el contrario, sí se detectaron diferencias respecto al éxito ($p=0,008$), con un 13% en los enfermos con CPs y un 18,2% en los que no tenían CPs (fig. 3).

Discusión

Existe suficiente evidencia científica que demuestra una relación proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la dependencia del tabaco¹⁴. Los factores que pueden estar implicados son los estados de ánimo negativos o la anhedonia, que aumentan la capacidad de refuerzo del tabaco, las limitaciones cognitivas, afectivas o de relación, y la menor presión social en estos pacientes. Efectivamente entre los sujetos de nuestro estudio se observó que los trastornos de ánimo fueron más frecuentes entre los que tenían enfermedad psiquiátrica.

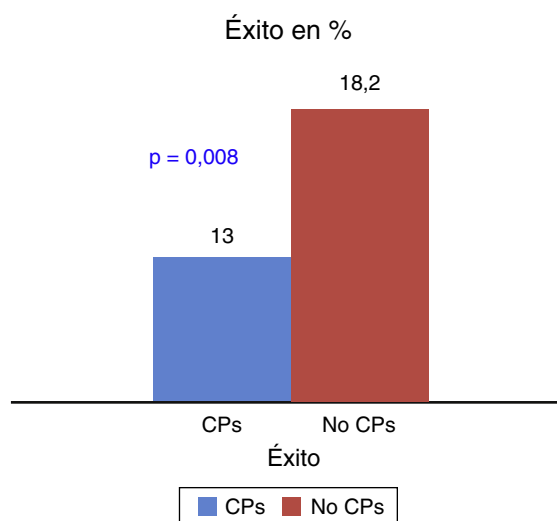


Figura 3 Efectividad del tratamiento en pacientes con CPs y sin CPs.

CPs: comorbilidad psiquiátrica; No CPs: sin comorbilidad psiquiátrica.

En las sociedades desarrolladas, la mitad de quienes solicitan ayuda para dejar de fumar presentan enfermedad psiquiátrica detectable^{13,14}. En nuestra serie es algo menor, aunque una cantidad bastante importante, algo más del 39%. Esta prevalencia es mucho mayor que la de la población general, cifrándose en un estudio de 1998 en Cataluña en el 17,42%, siendo más prevalente en mujeres (18,7%) que en hombres (15,77%)¹⁵, como también se comprobó en nuestro estudio. Otro estudio español, el ESEMeD-España, cifró la prevalencia en un 20% de la población general, también más frecuente en mujeres¹⁶.

Por otro lado, el consumo de tabaco llega a ser considerado un marcador de enfermedad psiquiátrica, y en jóvenes y adolescentes es un predictor de enfermedad psiquiátrica¹⁴. La edad media de inicio del tabaco en España son los 17,2 años, cifra que coincide con la de Castilla-La Mancha¹⁷. En nuestra serie los pacientes comenzaron a fumar en la adolescencia, aunque los que sufrían CPs iniciaron el consumo algo más tarde.

El riesgo de enfermedades debido al consumo es muy superior al de la población general¹⁸. La relación de los trastornos psiquiátricos con ciertas enfermedades está documentada desde hace mucho tiempo, como en el asma¹⁹, la hipertensión²⁰, enfermedades gástricas²¹ y tiroideas²². En nuestra serie se confirmó que el asma, la hernia de hiato, la enfermedad tiroidea y la hipertensión se relacionaron con la CPs en los pacientes fumadores.

Con relación al consumo de sustancias tóxicas, entre quienes consumen otras sustancias, el hábito del tabaco está muy extendido²³. Sin embargo, nuestro estudio no mostró que el alcohol estuviera más extendido entre nuestros pacientes con CPs, aunque sí lo estaba el consumo de otras drogas.

En cuanto a los objetivos de nuestro estudio, se demostró que no hay diferencias entre los pacientes sanos y con CPs que completaron el tratamiento farmacológico, en el número de días medios hasta verificar la recaída en los pacientes que lo hicieron, en los pacientes que fueron tratados y no abandonaron ni en aquellos que no estuvieron ni un solo día sin fumar. Estas variables parecen demostrar que estos pacientes pueden recibir tratamiento antitabáquico, mantenerlo y completarlo al igual que la población general.

Hubiera sido interesante saber cuáles fueron las causas de las recaídas en uno y otro grupo, pero la naturaleza retrospectiva de la muestra lo ha impedido. Sí parece evidente que los pacientes con ciertas enfermedades psiquiátricas responden a los tratamientos convencionales de cesación tabáquica²⁴, aunque en algunas enfermedades como el trastorno bipolar, existen prevalencias descritas de consumo de tabaco de hasta el 70% y parecen presentar una especial dificultad para la cesación tabáquica²³, lo que no pudimos comprobar porque nuestra muestra de pacientes con este trastorno era escasa.

La abstinencia continua al año se consiguió, en los pacientes psiquiátricos, en una alta proporción, un 13%. En otros estudios se han observado tasas de abstinencia al año del 33,5%²⁵ y del 27,7%²⁶, pero fue teniendo en cuenta únicamente a la población que volvió a la segunda consulta y empezó realmente el tratamiento en consulta. En nuestra muestra, la abstinencia al año, excluyendo a los pacientes que no acudieron a la segunda consulta, 302 (51,8%), fue del 27%, superior a otros resultados publicados, como el grupo de Elche en 2005²⁷ (tabla 3). Las tasas de abstinencia que tenemos en nuestra serie son equivalentes a las de otras unidades.

Los autores de este original realizaron los cálculos con respecto a la totalidad de los pacientes recibidos, y no solo los que continuaron en la consulta, pues pensaron que el hecho de no acudir a la segunda consulta podía ser una diferenciación entre los pacientes con CPs y los que no la tienen. Esto no fue detectado en nuestro estudio, aunque podría haber diferencias entre los motivos por los que no continuaron el seguimiento entre una población y otra. Los autores piensan que sería interesante plantear un estudio para dilucidar las causas de porqué unos y otros pacientes no acuden a la segunda consulta para iniciar tratamiento, tras haber realizado la primera, y si existen diferencias en esa motivación.

Tabla 3 Tabla comparativa de las tasas de abstinencia continua a los 12 meses en diversos estudios españoles y nuestra consulta en los datos recopilados en 2008-2009 y 2010 y pacientes con CPs y sin CPs

Tiempo de abstinencia continua	Elche (Alicante) 2005 ³⁰	Albacete 2008-2009 ²⁹	Albacete 2010 ²⁸	CPs 2008-2012	No CPs 2008-2012
12 meses	11,4%	27,7%	33,5%	27%	34,7%

CPs: comorbilidad psiquiátrica; No CPs: sin comorbilidad psiquiátrica.

Una vez realizado el análisis, sí se comprobó que el porcentaje de éxito es mayor en la población sin CPs que con CPs. Es cierto que la dependencia era mayor y la motivación menor en los pacientes con CPs. Sin embargo, los resultados tienen una debilidad, lo que pone en duda la afirmación de que los enfermos psiquiátricos tienen una respuesta menor al tratamiento, pues hubo diferencias en el tratamiento recibido por un tipo de pacientes y otro.

Estas diferencias son lógicas por la inseguridad existente en la época de seguimiento sobre el uso de vareniclina en los enfermos psiquiátricos, pues había artículos que mostraban importantes efectos adversos²⁸, aunque existían otros que los negaban²⁹. Por ello, ha sido necesaria la elaboración de un ensayo clínico multicéntrico con más de 8.000 participantes para aclarar las dudas sobre la seguridad de los fármacos antitabáquicos, como la vareniclina³⁰. El ensayo *EAGLES* demuestra como objetivo principal la seguridad de estos fármacos en la población psiquiátrica y, como resultado secundario, también señala la mayor efectividad de la vareniclina sobre la terapia sustitutiva con nicotina y el bupropión, lo que ya se observó en un estudio anterior de los autores en nuestra población²⁵.

Hubiese tenido importancia el registro de si había diferencias en el número de visitas (cantidad de atención) entre una y otra rama, lo que no pudo realizarse, lo que es ciertamente uno de los déficits del estudio.

En cuanto a la definición de CPs, se decidió reflejar en la base de datos que existía esta si estaba documentada en su historia clínica, lo que supone una limitación de este estudio.

Habría que plantearse un estudio prospectivo para aclarar si la mayor proporción de éxito en los pacientes sin CPs es debida a la ausencia de trastorno psiquiátrico o a las diferencias en el tratamiento farmacológico utilizado.

En conclusión, el tratamiento antitabáquico en pacientes psiquiátricos es efectivo y se consiguió completar el tratamiento farmacológico en una proporción igual en ambos grupos, así como una media equivalente de días de abstinencia antes de una recaída. El nivel de fracaso también es equiparable y, además, se observa un aumento en la probabilidad de éxito con el tratamiento en pacientes sin CPs, pero son necesarios más estudios para determinar si este efecto fue debido a la alteración psiquiátrica, a las diferencias entre los tratamientos utilizados u otras causas. Es decir, el tratamiento antitabáquico en nuestra serie fue más efectivo en la población general, pero no se puede atribuir a la CPs, ya que existen otros factores que podrían haber influido.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no tenemos conflictos de intereses.

Bibliografía

1. The World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. WHO. International Classification of Diseases (ICD) [citado 7 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th de: DSM V. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
4. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of Surgeon General, 1989. Rockville, Maryland. US DHHS, PHS, CDC, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989. DHHS Publication No (CDC) 89-8411. 1989.
5. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. [Atlanta, Ga.]: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Washington, D.C.: For sale by the Supt. of Docs., U.S. G.P.O., 2004 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/executiv esummary.pdf.
6. World Health Organization. WHO Global Report: Mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [citado 7 Jul 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf?ua=1
7. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. El tabaquismo como enfermedad crónica. Visión global. En: Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado de tabaquismo. 3.ª ed Madrid: Aula Médica; 2012. p. 3-10.
8. Fagerström KO, Balfour D. Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. *Expert Opin Investig Drugs*. 2006;15:107-16.
9. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry S, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline, Rockville MD: US. Department of Health and Human Service. May 2008. Traducción al español: Guía de Tratamiento del Tabaquismo. Jiménez-Ruiz CA, Jaén CR (coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR; mayo 2010.
10. Banegas JR, Díez L, Bañuelos B, González J, Martín-Moreno JM, Córdoba R, et al. La mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:97-102, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2010.03.039>.
11. WHO. Centro de Prensa [Internet]. Nota descriptiva n.º 339. July 2015. [citado 9 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
12. WHO. Global Health Observatory Data [Internet]. Prevalence of tobacco use. [citado 9 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>
13. Lasser K, Boyd W, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population based prevalence study. *JAMA*. 2000;284:2606-10, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.20.2606>.
14. Serebrisky D. Tabaquismo en pacientes psiquiátricos. En: Serebrisky D, Müller FW, editores. Tabaquismo y enfermedad psiquiátrica. Herramientas para la acción. 1.ª ed Argentina: Scien; 2012. p. 67-80. ISBN: 978-987-27370-2-3.
15. Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A, Equipo de la Encuesta de Salud de Catalunya. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit*. 1998;12:153-9, [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(98\)76465-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(98)76465-9).
16. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445-55.
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS [Intrenet]. Encuesta Nacional de

- Salud de España 2011/2012. [citado 9 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
18. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000;177:212-712, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.3.212>.
 19. Henry M, González IJ, Gracia R, Morera A, Morales CR, Vizán R, et al. Psicología y asma. *Psicopatología (Madrid)*. 1993;3:129-30.
 20. Almas A, Patel J, Ghori U, Ali A, Edhi AI, Khan MA. Depression is linked to uncontrolled hypertension: A case-control study from Karachi, Pakistan. *J Ment Health*. 2014;23:292-6, <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2014.924047>.
 21. Garganeva NP, Kartashova IG, Semke VI. Peptic ulcer in patients with neurotic and affective disorders: Comorbidity, clinicoendoscopic and psychopathological features, approaches to therapy. *Ter Arkh*. 2009;81:44-8 [ruso].
 22. Quiroz D, Gloger S, Valdivieso S, Ivelic J, Fardella C. Mood disorders, psychopharmacology and thyroid hormones. *Rev Med Chile*. 2004;132:1413-24.
 23. Brown C. Tobacco and mental health: A literature review. Edimburgo: ASH Scotland; 2004.
 24. Kinnunen T, Henning L, Nordstrom BL. Smoking cessation in individuals with depression. *CNS Drugs*. 1999;11:93-103.
 25. Godoy Mayoral R, Genovés Crespo M, Callejas González FJ, Tornero Molina AI, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA. Abstinencia a los 3, 6, 9 y 12 meses en la consulta especializada de deshabituación tabáquica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Prev Tab*. 2016;18:71-7.
 26. Callejas González FJ, Genovés Crespo M, Cruz Ruiz J, Tornero Molina AI, Esquinas López C, Bermejo López P, et al. Continuous abstinence rates at 3, 6, 9 and 12 months in a smoking cessation unit at the Albacete University Hospital over 2 years. *Int J Respir Pulm Med*. 2015;2:1.
 27. Pascual-Lledó JF, de la Cruz-Amorós E, Bustamante-Navarro R, Buades-Sánchez R, Contreras-Santos C, Castillo-Aguilar C. Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento en una unidad de tabaquismo integral. *Med Clin*. 2006;126: 601-6.
 28. Harrison-Woolrych M, Ashton J. Psychiatric adverse events associates with varenicline: An intensive postmarketing prospective cohort study in New Zealand. *Drug Saf*. 2011;34: 763-72.
 29. Garza D, Murphy M, Tseng LJ, Riordan HJ, Chatterjee A. A double-blind randomized placebo-controlled pilot study of neuropsychiatric adverse events in abstinent smokers treated with varenicline or placebo. *Biol Psychiatry*. 2011;69:1075-82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.12.005>.
 30. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;387:2507-20.