

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS
PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN EL PACIENTE CON
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA ENTRE LOS AÑOS
2000 A 2014

EDITH MILENA ALVARADO BROCHERO
DIANA MARCELA ALVAREZ SUAREZ
GINNA PAOLA MURCIA GONZALEZ
JESICA PAOLA NIÑO MANCERA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTA, D. C.

2014

REVISIÓN LITERARIA SOBRE INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS
PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN EL PACIENTE CON
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA ENTRE LOS
AÑOS 2000 A 2014

EDITH MILENA ALVARADO BROCHERO

DIANA MARCELA ALVAREZ

GINNA PAOLA MURCIA GONZALEZ

JESICA PAOLA NIÑO MANCERA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de Enfermera

Asesora:

Pilar García Peñuela

Docente Departamento Enfermería Clínica



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTA, D. C.

2014

Nota de aceptación

Firma Director

Firma Coordinador

Firma Calificador

DEDICATORIA

Quiero dedicar el fruto de todos estos años de estudio, lucha y dedicación a mis padres, por sus enseñanzas y esfuerzos, porque ustedes me enseñaron a ser constante, a tener fe, a soñar y luchar por esos sueños y porque gracias a ustedes he podido lograr esta meta y ser la persona que soy hoy. A mis familiares y amigos, puesto que estuvieron allí día a día y me impulsaron a avanzar en los momentos más difíciles, reforzando mi fe y confianza, y por su lucha mano a mano para ayudarme a alcanzar este sueño.

Ginna Murcia González

Hoy quiero agradecerle a Dios por poner en mi camino a todas las personas que me han apoyado en mi proceso de formación, por las cuales he llegado donde estoy en estos momentos; a mis padres por ser ese apoyo incondicional tanto emocional como económico para culminar mi carrera, a mi hijo que es mi motor y el que me impulso a no abandonar mi carrera y por el cual lucho día a día para poderle brindar un mejor futuro. A mi esposo porque desde el inicio de mi carrera me apoyo y ha estado incondicionalmente a mi lado. A mis familiares y amigos por el apoyo y sus consejos valiosos que me motivaron a culminar este gran paso.

Jesica Niño Mancera

Dedico el resultado de este gran esfuerzo principalmente a Dios quien me permitió elegir y continuar esta maravillosa carrera, a mis padres y hermana que día a día me brindaron su apoyo y ejemplo, para ser la persona que soy hoy. A mi confidente, amigo y pareja por su apoyo incondicional y a todos mis compañeros de trabajo que me brindaron su ayuda en momentos difíciles.

Edith Milena Alvarado B.

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres Elvira Suarez y Gerardo Álvarez por ser ellos mi apoyo incondicional y por demostrarme siempre su amor y apoyo sin importar nuestras diferencias de opiniones. A Felipe Quiroga mi amigo, mi compañero, mi apoyo, mi amor verdadero por su compañía, consejos y sabiduría. Y a la persona más importante que Dios me ha regalado, mi hija Isabella Quiroga Álvarez quien me da la motivación y el impulso de crecer profesionalmente y personalmente, y porque me da la energía de seguir luchando por cumplir más sueños.

Diana Marcela Álvarez Suarez

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarnos e iluminarnos en este largo y arduo camino, por darnos la sabiduría para poder terminar nuestro trabajo de grado.

A nuestros padres por ser un apoyo constante, por su amor y comprensión.

A nuestros docentes por brindarnos las herramientas, sus conocimientos y sus experiencias para terminar esta etapa.

A nuestra asesora de tesis Pilar García Peñuela, por su orientación, dedicación, apoyo, y por sus conocimientos transmitidos a lo largo de la elaboración de nuestro trabajo de grado.

A la Pontificia Universidad Javeriana por darnos la oportunidad de formarnos como excelentes profesionales bajo sus principios.

A cada uno de nuestros compañeros amigos y cada persona que aportó un poco para que este largo camino lleno de alegrías y sacrificio llegara a ser culminado de la mejor manera.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Pontificia Universidad Javeriana*

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	18
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	21
1.1 PREGUNTA PROBLEMA	28
2. JUSTIFICACION	29
3. OBJETIVOS.....	31
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	31
4. PROPOSITOS.....	32
5. MARCO TEORICO	33
5.1 La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	33
5.2 Fisiopatología.....	33
5.3 Signos y síntomas	34
5.4 Etiología	35
5.5 Tratamiento de la EPOC	36
5.5.1 Tratamiento farmacológico de la EPOC	37
5.5.1.1 Broncodilatadores	37
5.5.1.2 Broncodilatadores de acción corta	37
5.5.1.3 Broncodilatadores de acción prolongada	38
5.5.1.4 Beta 2 agonistas de acción prolongada (LABA)	39
5.5.1.5 Anticolinérgicos de acción prolongada	39
5.5.1.6 Inhibidores de la fosfodiesterasa.....	39
5.5.2 Tratamiento no Farmacológico	39

5.5.2.1 oxigenoterapia.....	39
5.5.2.2 Rehabilitación pulmonar.....	39
5.5.2.3 Control de factores de riesgo – suspensión del cigarrillo	40
5.6 Tratamiento farmacológico en la cesación tabáquica	42
5.6.1 Parches de nicotina.....	43
5.6.2 Chicles de nicotina	43
5.6.3 Spray nasal	43
5.6.4 Bupropión	44
5.6.5 Vareniclina	45
5.7 Tratamiento no farmacológico en la cesación tabáquica	47
5.7.1 Técnicas cognitivas conductuales.....	47
5.7.2 Hipnosis	47
5.7.3 Autoayuda.....	48
5.7.4 Abordaje grupal.....	48
5.8 Intervención de enfermería para la cesación del tabaco.....	49
6. MARCO METODOLOGICO	51
6.1 Diseño de la investigación.....	51
6.2 Búsqueda de artículos de investigación.....	51
6.3 Selección de artículos de investigación	52
6.4 Criterios de inclusión	52
6.5 Características de los estudios seleccionados	53
6.6 Análisis de los estudios	51
7. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS ESTUDIOS.....	60
7.1 Intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco	61

7.2 Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para disminuir el consumo de tabaco.....	61
7.2.1 Intervenciones farmacológicas	62
7.2.2 Intervenciones no farmacológicas	66
7.3 Intervenciones con mejor resultado implementadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con EPOC.....	70
8. CONCLUSIONES	72
9. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	74
10. BIBLIOGRAFIA.....	75
11. ANEXOS	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tratamiento farmacológico para la cesación tabáquica: líneas de manejo

Tabla 2. Características de los artículos seleccionados

Tabla 3. Intervenciones farmacológicas

Tabla 4. Intervenciones no farmacológicas

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A

Fichas descriptivas analíticas que responden a las intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el problema respiratorio de mayor prevalencia e impacto socioeconómico en el mundo a pesar de ser una enfermedad potencialmente prevenible. Por su elevada frecuencia, su curso clínico progresivo y sus requerimientos asistenciales constituyen un problema médico de primer orden, siendo una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial (OMS, 2012).

La EPOC tiene como principal factor de riesgo para su aparición el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). En la actualidad, afecta casi por igual a ambos sexos, en parte debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados. Se prevé que, en ausencia de intervenciones para reducir los riesgos, y en particular la exposición al humo del tabaco, las muertes por EPOC aumenten en más de un 30% en los próximos 10 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Teniendo en cuenta que uno de los pilares en el tratamiento de la enfermedad es la cesación tabáquica, aún existe una gran cantidad de pacientes diagnosticados con EPOC que continúan fumando. Se conocen muchas guías para el tratamiento del tabaquismo, sin embargo, la información sobre terapia específica para los pacientes con EPOC suele ser escasa por lo que en todas las guías disponibles hay consenso en que el enfoque debe ser similar al utilizado en los fumadores en general (Bello, Chamorro y Barrientos, 2013).

Las metas establecidas en el Plan de Salud Pública 2012-2021, en la Dimensión de Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas No Trasmisibles tiene incluido estrategias y acciones que involucran la prevención y control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Este control de la enfermedad requiere una participación activa del profesional de enfermería, por ser quienes tienen el primer contacto y están evaluando constantemente la evolución de la situación del paciente y su familia. Es por esta razón, que se planteó responder al objetivo general de la investigación determinando las intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con EPOC. Para lo cual se identificaron las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas implementadas en los pacientes con EPOC y las intervenciones con mejor resultado según la bibliografía consultada. Por consiguiente, se pretende aportar una herramienta con la que los profesionales de enfermería, logren retroalimentar e implementar nuevas estrategias para la deshabituación del tabaco en pacientes con EPOC.

Se utilizó como metodología la revisión documental de artículos publicados entre el año 2000 hasta la actualidad, en el idioma español e inglés, realizando la búsqueda en las siguientes bases de datos: Scielo, Cochrane, LILACS, Pubmed, Science Direct, Proquest.

Se encontraron 56 artículos referentes al tema, de los cuales se seleccionaron inicialmente 15 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y posteriormente se analizaron con el instrumento de la ficha descriptiva analítica, dando como resultado la selección de 9 artículos en total.

Las intervenciones farmacológicas más utilizadas en la revisión de artículos publicados especialmente por los autores Bello, Chamorro y Barrientos fueron la Terapia sustitutiva con nicotina TSN, el Bupropión, la Vareniclina y otra posibilidad terapéutica como la combinación de Vareniclina y Bupropión.

Por otro lado las intervenciones no farmacológicas mencionadas por los autores Willemse, Lesman, Timens, Postm, Hacken fue la entrevista motivacional, la terapia cognitivo conductual de tipo grupal, como las intervenciones de mejor eficacia en más de un 50% en comparación al tratamiento farmacológico.

Aunque estos autores demuestren en sus estudios que los pacientes responden satisfactoriamente a terapias farmacológicas y no farmacológicas, es preocupante

la escasa cobertura de quienes reciben tratamiento efectivo (Bello, Chamorro, Barrientos, 2013).

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco es considerado como la principal causa de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), siendo esta la tercera causa de mortalidad en el país. La enfermedad se presenta con frecuencia en personas mayores de 40 años, ya sea fumador activo o con antecedente tabáquico, pues el fumar durante la niñez y la adolescencia hace que el crecimiento y desarrollo de los pulmones sea más lento, y así aumenta el riesgo de padecer EPOC en la edad adulta (CDC, 2003).

La EPOC es una enfermedad inflamatoria, la cual limita el flujo aéreo hacia los pulmones, poco a poco se va produciendo una disminución de la capacidad respiratoria, convirtiéndose así en una enfermedad irreversible. Los síntomas típicos son disnea, tos y expectoración, cabe resaltar que la disnea es el síntoma principal, aunque puede ser percibida de forma desigual, especialmente en los pacientes de mayor edad (Calle, 2010).

Según la OMS el consumo de tabaco causa más de 5 millones de muertes al año y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Entre los cinco principales factores de riesgo de mortalidad, el tabaquismo es la principal causa de muerte mundial y la más prevenible. Adicionalmente, más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco. De tal manera, si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco matará a más de 8 millones de personas al año en 2030 y la mitad de los más de 1000 millones de fumadores morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco (OPS, 2011).

Según el informe sobre control de tabaco para la región de las Américas, en Colombia 46.295.000 personas consumen tabaco de los cuales la prevalencia en los adultos es el 17% representando el 23,8% los hombres y el 11,1% las mujeres. La prevalencia en los jóvenes es de 27,6%; representando el 27,0% los

hombres y 27,8% las mujeres, en Bogotá, 400 personas mueren al año por enfermedades asociadas al consumo de tabaco (OPS, 2011).

En cuanto al tratamiento del tabaquismo en pacientes con EPOC refleja que dejar de fumar completamente sigue siendo la estrategia más efectiva para preservar la función pulmonar (Bello 2013). Este tiene como objetivo principal, reducir la mortalidad y aumentar la supervivencia, prevenir la progresión de la enfermedad, aliviar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio y el estado general de salud, y prevenir y tratar las complicaciones y exacerbaciones, para lo cual la suspensión del hábito tabáquico juega un papel de vital importancia (Dela iglesia, Rivera y Freire, 2003)

Como en otras enfermedades, las mejores estrategias para afrontar el problema son las de prevención y control, que deben abarcar dos aspectos: uno de abordaje social, disminuyendo la presión social para fumar, y otro de apoyo a la deshabituación de la adicción al tabaco. El primero se logra mediante políticas de espacios libres de humo del tabaco, libres de publicidad, y controlando la promoción de la conducta de fumar, que se lleva a cabo desde la publicidad. También es importante que se lleve a cabo un despliegue de medidas que aseguren una protección real de los menores frente al acceso al tabaco, junto al establecimiento de una política pública que refuerce la prevención. El segundo debe facilitar ayuda efectiva a las personas para que logren dejar de fumar minimizando el riesgo de recaída, con apoyo terapéutico que no se limite a intervenciones farmacológicas, sino también psicosociales (OPS, 2011).

El tabaquismo o consumo abusivo de tabaco, es considerado como una drogodependencia, con características farmacológicas y psicosociales que afectan todas las dimensiones del individuo consumidor de esta sustancia, siendo la nicotina, el principal componente del tabaco responsable de la adicción, se considera diez veces más adictivo que la cocaína y la morfina, puede producir tolerancia y dependencia física, la cual no puede subestimarse, puesto que actúa

sobre el sistema nervioso central (Ministerio de Salud de Gobierno de Chile, 2012).

La tolerancia, hace referencia al acostumbramiento o habituación del organismo de la persona consumidora a los efectos placenteros provocados por la nicotina y en consecuencia se genera la dependencia. El consumo de tabaco se va presentando como una necesidad mayor, puesto que el cuerpo necesita cada vez más dosis para llegar a la misma satisfacción, y así se va transformando en un hábito (López y Aguilar, 2003).

La dependencia, consiste en la producción de una serie de mecanismos, como liberación de neurotransmisores, tales como la dopamina y norepinefrina encargados de regular los estados de placer y alerta. El organismo al establecer contacto con bajas dosis de nicotina logra reacciones de estimulación permitiendo que se mejore la capacidad mental para llegar a un estado de concentración, pero al aumentar las dosis puede llegar a un estado de depresión y sedación, haciendo que la persona quiera consumir cada vez más por su efecto placentero (Bianco, 2011).

El tabaquismo tiene efectos perjudiciales en la salud, en la dimensión psicosocial, económica y ambiental de las personas que lo consumen. Se ha demostrado la aparición de cierto tipo de patologías relacionadas con el tabaco como: cáncer de pulmón, laringe y esófago, enfermedades cardiovasculares (cardiopatías, arterioesclerosis, trombosis), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), úlceras gástricas y duodenales, manchas en dientes y dedos, disfunción sexual, disminución de la fertilidad, trastornos de la cicatrización, entre otras (Sandoval, 2011).

En cuanto a los efectos de la adicción en la dimensión psicosocial, se puede decir que el hábito de fumar se adquiere en mayor proporción en jóvenes desde los 13 años de edad en adelante, puesto que se están desarrollando en un ámbito social más permisivo. Crecen rodeados de personas cercanas que ya son fumadoras, como padres y amigos, y en ocasiones constituye una condición para hacer parte

de ciertos grupos sociales, además de tener la percepción de adquirir prestigio y poder, como consecuencia del consumo de tabaco (Ovejero, 1993).

A nivel social, se ve el hábito de fumar como algo “normal” por lo cual no se le da la importancia del problema de salud pública que este genera. La mayoría de las personas empiezan a fumar antes de los 20 años. Poco a poco, las situaciones en que habitualmente se fuma se van asociando con los efectos reforzadores de la nicotina, beber café, descansar en medio del trabajo o salir con los amigos son situaciones que se asocian a un cigarrillo, y dificultan mucho que el fumador abandone su adicción. El condicionamiento que se produce en semejante contexto es una de las causas más importantes que influyen en la recaída de los pacientes fumadores (Ovejero, 1993).

Otros factores asociados al tabaco son el entorno social y muchos momentos claves de la vida en nuestra sociedad: bodas, bautizos, o cualquier tipo de celebraciones sociales incluidas las deportivas. Fumar sigue siendo un símbolo de iniciación a la vida adulta y un elemento de identificación con el grupo. Por otra parte, también influyen aspectos de la personalidad, como la rebeldía, la tendencia al riesgo o la inestabilidad afectiva. Del mismo modo, también es importante el papel simbólico que en ocasiones tiene el hábito de fumar, ya que para muchos adolescentes y preadolescentes fumar es "propio de los adultos (Rodríguez cabeza, 2011).

En el aspecto económico, se estima que el sistema de salud en Colombia gasta cada año 4.23 billones para tratar los problemas de salud provocados por el tabaco (Cecilia Monge Bonilla, 2013). Estos efectos sobre la economía también se extienden al ámbito familiar, ya que los gastos se aumentan para satisfacer el hábito de fumar y para tratar las enfermedades secundarias a la adicción (OPS, 2011).

Los efectos del hábito tabáquico también afectan el ambiente; la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) afirma que cada año se arrojan 4,5 billones de colillas, la parte más tóxica del cigarrillo, también se estima que los fumadores

producen al año 225.000 toneladas de CO₂, el equivalente a las emisiones de unos 12.000 coches que recorrieran 10.000 kilómetros, y la producción de gases efecto invernadero, según el Ministerio de Salud de Argentina, la mayor causa de basura en el mundo, teniendo en cuenta que las colillas de cigarrillo tardan aproximadamente 25 años en descomponerse.

Respecto a lo anterior, se puede evidenciar que la EPOC y el tabaquismo son dos importantes entidades que impactan en la morbimortalidad de la población, por lo cual la promoción de actividades de cesación tabáquica es un importante reto para los profesionales de salud, sin embargo, muy pocos conocen el tipo de intervenciones que pueden llevarse a cabo para disminuir el consumo de cigarrillo.

En relación a esto, las investigaciones realizadas sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, en diferentes países han arrojado una interesante muestra de todas aquellas intervenciones y actividades que se han creado para impactar sobre los fumadores, pero de las cuales el profesional de enfermería desconoce en gran medida, generando que no haya un avance para lograr la disminución de esta problemática social (Rodríguez, 2011).

De manera general, las intervenciones para disminuir el consumo de tabaco pueden clasificarse en farmacológicas (utilizan medicamentos que favorecen la deshabitación tabáquica) y no farmacológicas (utilizan actividades grupales e individuales).

Dentro de las intervenciones farmacológicas, se encuentran los chicles de nicotina, parches de nicotina, spray nasal de nicotina, tabletas sublinguales, bupropion, nortriptilina y clonidina, entre otras.

En las intervenciones no farmacológicas se pueden citar las actividades individuales y/o grupales que permiten brindar herramientas al paciente para dejar de fumar sin necesidad de administración de medicamentos, estas incluyen, intervención de tipo comunitaria, intervenciones desarrolladas a través de las tecnologías de la comunicación materiales de autoayuda, intervención mínima

(consejo médico, consejo de enfermería), intervenciones psicológicas intensivas (terapia individual, grupal, aversiva).

A nivel mundial existe una estrategia propuesta por la OMS denominada plan de medidas MPOWER, que consiste en vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, proteger a la población de la exposición del tabaco, ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco y advertir los peligros del tabaco (Ministerio protección social república de Colombia, 2011).

En Colombia, se han llevado a cabo varias estrategias para reducir el consumo de tabaco como por ejemplo: día del no fumador, mensajes que advierten sobre los riesgos de fumar que aparecen impresos en las cajetillas de los cigarrillos (ley 1335 de 21 Julio de 2009), corazones responsables, centros educativos libres de humo de tabaco, entre otros. La fundación para la educación y desarrollo social (FES), en marzo del año 2012 ganó el premio nacional antitabaco Singapur, el cual establece una política integral de salud pública que además de la prohibición total de publicidad, incluye también los ambientes 100% libres de humo, advertencias sanitarias con pictogramas (símbolos) y prohibición de venta al menudeo (FES , 2011).

Además de la ley antes descrita, está la Ley 1109 de 2006 y al que adhirió el 10 de abril del 2008, la cual hace referencia a las “Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana” (Rodríguez, Bedoya, Ley 1335 de 2009).

Debido al problema anteriormente expuesto, en el que la cesación tabáquica es de vital importancia en toda la población, pero más aún en los pacientes diagnosticados con EPOC, para mejorar su función pulmonar, se realizó la siguiente investigación por medio de una revisión documental de las intervenciones que se han realizado tanto farmacológicas como no

farmacológicas, para la disminución del consumo del tabaco en pacientes con EPOC.

Por esta razón y considerando las principales revisiones del tema realizadas en los últimos años, es posible afirmar que las estrategias terapéuticas más adecuadas para tratar a los fumadores con EPOC, deben ser intensas (en cuanto al tiempo de dedicación), se deben combinar tratamientos farmacológicos como vareniclina, bupropión y terapia de reemplazo de nicotina (TRN), y a su vez hacer abordajes psico-sociales, las cuales deben ser mantenidas en el tiempo y adaptadas individualmente (Barrueco, 2009).

1.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica?

2. JUSTIFICACION

Las estrategias de deshabituación tabáquica son importantes para disminuir la morbimortalidad asociada al tabaquismo, pues como se mencionó anteriormente a consecuencia de este hábito, se puede generar con frecuencia EPOC, una de las patologías con más mortalidad y complicaciones en el país. La cesación del tabaco constituye en estos pacientes un pilar fundamental para disminuir la progresión de la enfermedad y mejorar la función pulmonar.

Las distintas investigaciones sobre disminución de consumo de tabaco muestran que las intervenciones que tienen alto grado de evidencia, se basan en conseguir que el tratamiento de los pacientes fumadores se haga desde el ámbito de la atención primaria (AP). Este nivel de atención ofrece un marco idóneo para realizar el tratamiento del tabaquismo, ya que permite intervenir en un gran número de personas y hacer un seguimiento adecuado. (OMS, 2000).

Por consiguiente, los resultados de esta investigación aportaran una perspectiva de la realidad en intervenciones antitabaco al profesional de enfermería dando a conocer datos relevantes para realizar propuestas más efectivas que incentiven el abandono del cigarrillo en los pacientes con EPOC, donde el enfermero pueda generar un cambio de conducta que conlleve a la sensibilización y conciencia de las personas fumadoras, y a implementar estilos de vida saludables. Además, el conocimiento de las estrategias que tienen mejor resultado permitirá al profesional de enfermería intervenir e involucrase de manera efectiva.

En cuanto a los pacientes, la recopilación de las intervenciones dirigidas a disminuir el consumo de tabaco conlleva a obtener beneficios que se podrán evidenciar en un mediano plazo siempre y cuando el paciente se sensibilice y quiera cambiar sus estilos de vida, lo cual traerá una serie de mejoría en cuanto a la salud física, mental y económica del individuo con EPOC.

Por lo anterior, se considera de gran importancia seguir trabajando y apoyando las estrategias que motivan e incentivan la reducción del consumo de tabaco en el paciente con EPOC, ya que el resultado tendrá un impacto positivo en la generación de estilos de vida más saludables disminuyendo los costos en el sector salud por complicaciones prevenibles a causa del tabaco, partiendo desde la prevención y el control, por lo que no debe quedar exclusivamente reducidas al tratamiento desde la consulta y de forma individual con cada paciente, sino que los profesionales de enfermería deben colaborar con el resto de fuerzas sociales, aprovechando en cada momento los recursos disponibles en la comunidad, para actuar como verdaderos agentes del cambio social respecto al tabaco.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar las intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas realizadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Identificar las intervenciones con mejor resultado para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

4. PROPOSITOS

Lograr que los profesionales de enfermería adquieran mayor conocimiento en las estrategias para disminuir el consumo de tabaco y así ser partícipes en la creación y evaluación de estas.

El conocimiento de las diferentes modalidades de intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco en los pacientes con EPOC, y la identificación de aquellas con mejor resultado, le permitirán al paciente mejorar la calidad de vida, disminuir las complicaciones asociadas al hábito tabáquico y mejorar la función pulmonar.

La información obtenida sobre las intervenciones con mejor resultado para disminuir el consumo de tabaco en los pacientes con EPOC, le aportara a las instituciones de salud un insumo importante para la disminución de las complicaciones y costos hospitalarios asociados a la enfermedad.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es una entidad prevenible y tratable, caracterizada por limitación del flujo aéreo de forma persistente, que suele ser progresiva e irreversible, asociada con una mayor respuesta inflamatoria crónica de las vías respiratorias y de los pulmones debido a las partículas o gases nocivos (Rodríguez et al., 2013)

5.2 FISIOPATOLOGIA

Los cambios característicos en la EPOC se encuentran en las vías aéreas centrales, periféricas, parénquima pulmonar y vasculatura pulmonar. A nivel de las vías aéreas centrales, es decir, tráquea, bronquios y bronquiolos, hay un crecimiento de las células productoras de moco que inducen la hipersecreción del mismo. En la vías periféricas se llevan a cabo fenómenos de daño y reparación, resultado de remodelación estructural de la pared de la vía aérea con aumento del colágeno, formación de cicatriz y estrechamiento de la vía aérea que induce a una obstrucción fija.

La destrucción del parénquima pulmonar típicamente ocurre como enfisema centro lobular que implica dilatación y destrucción de los bronquiolos respiratorios en pociones apicales y en casos avanzados, de manera difusa a todo el pulmón (Gutiérrez, Domínguez y Acevedo, 2007).

Todos estos cambios conllevan a la hipersecreción de moco, disfunción ciliar, limitación al flujo aéreo, hiperinflación pulmonar, anormalidades en el intercambio

de gases, hipertensión pulmonar, entre otros. En casos avanzados de la EPOC la destrucción del parénquima y las anomalías vasculares dañan la capacidad de difusión de gases que favorecen la hipoxemia e hipercapnia (Gutiérrez, Domínguez y Acevedo, 2007).

5.3 SIGNOS Y SINTOMAS DE LA EPOC

Frecuentemente el inicio de la enfermedad, cursa por un periodo asintomático, el cual puede tardar años para empezar a presentarse la limitación del flujo aéreo y las demás manifestaciones clínicas. (Montes De Oca, 2010).

Los síntomas clásicos que se presentan en la EPOC son: disnea, tos y expectoración; la disnea es uno de los síntomas característicos de la enfermedad, se presenta de forma progresiva se va complicando cada vez más, hasta llegar a limitar la realización de actividades cotidianas en los pacientes (Calle, 2010).

Cuando el paciente con EPOC continua con el consumo de tabaco de forma activa el FEV (Volumen Espiratorio Forzado) alcanza valores muy bajos a partir de la quinta o sexta década de la vida, momento en el que se observa disnea incapacitante, disminución en la calidad de vida y la mortalidad es elevada (Barberá y Cosío, 2004).

Por otra parte la tos crónica es frecuentemente productiva con expectoración mucosa de predominio matutino. A medida que la enfermedad progresa la intensidad de la tos y la expectoración aumentan; esta última puede ser marrón en los grandes fumadores y durante las exacerbaciones se hace purulenta, viscosa y más abundante. (Montes De Oca, 2011).

Otros síntomas pueden ser la anorexia y la pérdida de peso, los cuales se dan en estados avanzados de la enfermedad, generalmente acompañado de una

disminución de la masa muscular y aumento de la masa grasa. Esto sucede porque al consumir más oxígeno y a mayor trabajo respiratorio, el organismo necesita más energía, que acompañado de pérdida de apetito, cansancio y tos frecuente, hacen que muchas veces, los pacientes tengan dificultades para cubrir los requerimientos de nutrientes y energía que el cuerpo necesita. Así, los músculos respiratorios tienen menos fuerza y resistencia para la contracción. (Centrangolo, 2013).

Durante el curso de la EPOC pueden aparecer otros signos y síntomas inespecíficos, como las sibilancias o la opresión torácica. Su intensidad puede variar entre diferentes días, e incluso el mismo día.

5.4 ETIOLOGIA

La EPOC es una enfermedad causada por lesiones de larga duración en los pulmones y en las vías respiratorias. Existen varios factores de riesgo que están relacionados con la aparición de la enfermedad, como: el tabaquismo, infecciones respiratorias del tracto inferior en la infancia (limitan el desarrollo del aparato respiratorio y la función pulmonar), exposición laboral a polvos y sustancias químicas, hiperreactividad bronquial y asma, contaminación ambiental y laboral (exposición a gases, vapores, o polvos orgánicos e inorgánicos derivados de procesos industriales), exposición a humo de leña, entre otros (Barros, 2006).

El principal factor de riesgo asociado al desarrollo de la EPOC es el humo del tabaco, por lo que se debe dudar del diagnóstico si no existe este antecedente de exposición. La inhalación de otras partículas procedentes de la polución ambiental o de ambientes ocupacionales podría tener cierto papel aditivo. Es posible que existan factores genéticos aún desconocidos que puedan explicar por qué sólo un

25% de los fumadores desarrollan la EPOC, aunque el único conocido es el déficit hereditario de alfa-1-antitripsina, un inhibidor de proteasas séricas cuya falta provoca enfisema pulmonar y es responsable únicamente de un 1% de los enfisemas (Fernandez, García, Marin, 2006).

5.5 TRATAMIENTO DE LA EPOC

En la actualidad el tratamiento de la EPOC obedece a un enfoque integral, teniendo en cuenta, el estado de la enfermedad, evolución e impacto de los síntomas sobre el desempeño de las actividades de la vida diaria. Por lo que se plantea dentro del tratamiento de la enfermedad cinco objetivos: Retardar la progresión de la enfermedad, disminuir la intensidad de los síntomas, reducir el número y la severidad de las exacerbaciones, disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente (López, 2011).

Para cumplir con lo anterior, se realizan actividades de educación, en donde se buscan estrategias para la suspensión del cigarrillo, dado que este es el factor de riesgo predominante y teniendo en cuenta que la continuación de este hábito influye en un inadecuado manejo de la enfermedad. Además de la educación, el control de factores de riesgo y la reducción a la exposición de contaminantes ambientales, la vacunación y el tratamiento farmacológico (López, 2011).

El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a la gravedad y respuesta al mismo. Lo que se define de acuerdo a la magnitud de la disnea, número de exacerbaciones, hospitalizaciones, el grado de la obstrucción al flujo aéreo medido por espirometría y la presencia de signos de insuficiencia respiratoria (López, 2011).

5.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA EPOC

En cuanto al tratamiento de la EPOC los broncodilatadores son fundamentales en el tratamiento de la misma. La monoterapia con un broncodilatador de preferencia de acción prolongada es el tratamiento inicial recomendado en aquellos pacientes sintomáticos que requieren terapia de forma regular, la combinación de dos broncodilatadores de acción prolongada (terapia doble) con distintos modos de acción está indicada conforme la enfermedad progresa en los pacientes que con el uso regular de un broncodilatador tienen control limitado de los síntomas (Decramer, Vetslvo, Bolveau, Celli, Lopez,2014 pag. 20)

5.5.1.1 Broncodilatadores

Son los medicamentos más importantes en el manejo de la EPOC. Mejoran la disnea, la tolerancia al ejercicio, la calidad de vida y reducen las exacerbaciones. De acuerdo a la duración de acción se clasifican en broncodilatadores de acción corta y acción prolongada y por el modo de acción en anti colinérgicos y β 2-agonistas.

5.5.1.2 Broncodilatadores de acción corta

El inicio de acción rápido de estos medicamentos (salbutamol, ipratropio, fenoterol, terbutalina) permite utilizarlos como medicación de rescate en cualquier etapa de la enfermedad, aun cuando el paciente utilice broncodilatadores de acción prolongada en forma regular. La combinación de diferentes mecanismos de acción produce mayor bronco dilatación. Este tipo de medicamentos se pueden usar en forma regular en caso de no estar disponible los de acción prolongada.

5.5.1.3 Broncodilatadores de acción prolongada

En pacientes sintomáticos se recomienda el uso de broncodilatadores de acción prolongada en forma regular. Dentro de este grupo se encuentra el tiotropio (anti colinérgico de acción prolongada) mejoran la limitación del flujo aéreo, la hiperinflación pulmonar, disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida, número de exacerbaciones, hospitalizaciones y uso de recursos sanitarios en pacientes con EPOC. Su mecanismo de acción facilita la adherencia al tratamiento.

5.5.1.4 β 2-agonistas de acción prolongada (LABA):

Estos medicamentos incrementan la concentración intracelular de AMP-c, lo que favorece la relajación del musculo liso de la vía aérea. Los LABA con mayor disponibilidad en el mercado son el formoterol y el salmeterol. La eficacia de estos fármacos reside en su vida media prolongada (> 12 horas) y la mayor selectividad sobre los receptores β_2 respecto a los β_2 -agonistas de acción corta. El formoterol adicionalmente tiene un inicio de acción más rápido (similar al salbutamol) comparado con el salmeterol. Estos medicamentos han demostrado tener un amplio rango de seguridad a dosis terapéuticas. Sin embargo, es conveniente vigilar el sistema cardiovascular ya que la estimulación de los receptores β_2 puede producir efectos adversos en pacientes susceptibles.

5.5.1.5 Anticolinérgicos de acción prolongada (LAMA)

Estos fármacos bloquean los receptores muscarinicos, lo cual inhibe la acción de la acetilcolina e induce broncodilatacion. El tiotropio, a diferencia del ipratropio,

tiene una vida media mayor y su acción se mantiene durante más de 24 horas lo que permite administrarlo una vez al día. El tiotropio ha demostrado contar con un buen perfil de seguridad y tolerancia en pacientes con EPOC.

5.5.1.6 Inhibidores de la fosfodiesterasa (metilxantinas y roflumilast)

La teofilina es un inhibidor no específico de la fosfodiesterasa, que incrementa el AMP-c intracelular, relajando así el músculo liso de la vía aérea. Tiene un discreto efecto broncodilatador. Existe un estrecho margen entre el nivel terapéutico y la toxicidad de la droga, lo que hace que su uso sea limitado (medicamento de cuarta línea). En la actualidad, se recomienda monitorear los niveles séricos de teofilina y utilizar rangos más bajos que los aceptados previamente (8 a 13 mg/dl), los cuales han mostrado efecto terapéutico con mayor perfil de seguridad.

5.5.1.7 Oxigenoterapia

El tratamiento con oxigenoterapia continúa aumenta la supervivencia de los pacientes con EPOC grave e insuficiencia respiratoria. El objetivo es mantener una PaO₂ > 60 mmHg o SaO₂ > 90%. Los valores de gases arteriales son necesarios para establecer la indicación y el tiempo de utilización del oxígeno y su efecto depende de la duración de su administración.

5.5.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA EPOC

5.5.2.1 Rehabilitación Pulmonar

La rehabilitación pulmonar es una intervención integral multidisciplinaria, basada en evidencia, para pacientes sintomáticos (principalmente disnea) a pesar de un tratamiento médico óptimo. La rehabilitación pulmonar está diseñada para reducir síntomas, optimizar el estado funcional, mejorar calidad de vida y reducir los costos sanitarios. Los componentes de un programa de rehabilitación son: entrenamiento físico, educación, apoyo psicológico y consejo nutricional. Los programas deben incluir entrenamiento de extremidades inferiores y superiores. Las guías sobre rehabilitación recomiendan programas con duración mínima de 8 a 12 semanas (al menos 24 sesiones en total). Esto permite mantener el efecto del entrenamiento hasta por 12 meses luego de haber finalizado el programa.

Las sesiones de entrenamiento deben realizarse al menos 3 veces por semana con una duración promedio de 2 horas, idealmente a moderada o alta intensidad. Durante el entrenamiento los pacientes que requieren oxígeno deberán ser entrenados con oxígeno suplementario manteniendo la saturación por encima de 90% (López, 2011).

5.5.2.2 Control de factores de riesgo – suspensión del cigarrillo

En cuanto a la cesación tabáquica, encontramos que la EPOC es prevenible, dónde dejar de fumar se convierte en la intervención más costo-efectiva en la prevención del desarrollo y progresión de la enfermedad. También reduce la mortalidad por otras causas, muchas de las cuales son comorbilidades asociadas a la EPOC.

El tabaquismo es una enfermedad crónica y recurrente, pero se puede manejar con herramientas que demuestran una buena efectividad como lo sería el consejo médico, el cual se convierte en una intervención mínima, en la cual se debe incluir y explicar al paciente la importancia de dejar de fumar, los beneficios que esto representaría en todas las esferas del ser humano y las razones por las cuales el

tabaquismo se convierte en una enfermedad crónica que va relacionada con la adicción a la nicotina.

Siendo el consumo de cigarrillo el principal factor de riesgo de la EPOC, se debe procurar que cada paciente deje de fumar, en este sentido, el estímulo permanente para que el paciente deje el hábito tabáquico es el componente más importante, ya que se ha demostrado que disminuye e incluso desaparece la tos y la expectoración y pudiendo controlar el deterioro progresivo de la función pulmonar que se presenta en quienes siguen fumando, es bien sabido que no es posible recuperar totalmente la función pulmonar sin embargo, si se ha demostrado que la cesación tabáquica mejora la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Los programas de apoyo del proceso de cesación deben ser multidisciplinarios e incluir medidas no farmacológicas y medidas farmacológicas.

Dentro de las medidas no farmacológicas está la educación, estrategias para la disminución del consumo de cigarrillo, cambios en el estilo de vida, manejo de situaciones que conducen al consumo de cigarrillo, grupos de apoyo psicológico y consultas de seguimiento.

Las medidas farmacológicas corresponden a los medicamentos de sustitución de nicotina (goma de mascar, parches, spray nasal) los cuales son útiles para el control de los síntomas de abstinencia o la adicción a la nicotina.

Los objetivos de la farmacoterapia en la cesación tabáquica están destinados a tratar la adicción física a la nicotina y mejorar los síntomas de abstinencia, pero no sustituyen la decisión de dejar de fumar. Este tratamiento debe realizarse en forma progresiva y escalonada de acuerdo a la gravedad de la enfermedad y puede ser modificado en función de la respuesta al mismo (López, 2011).

5.6 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA CESACION TABAQUICA

En cuanto al tratamiento de la cesación tabáquica este comprende dos líneas de manejo iniciales la primera línea que incluye el tratamiento con: clonidina nicotínico, nortriptilina, parches, chicles, comprimidos dispersables y spray nasal. Y la segunda línea de manejo que es con: bupropión, vareniclina, terapia de remplazo, o combinación de las dos líneas para lograr una mayor efectividad (Casetta, 2001).

El mecanismo de acción de estos fármacos es proveer nicotina al cerebro y deben ser iniciados el día que se deja de fumar, denominado DIA 0.

La Nicotina que se obtiene del cigarrillo es igual de adictiva que la de los parches o chicles de nicotina. La nicotina obtenida directamente del cigarrillo es altamente adictiva por su absorción pico y se acompaña de miles de sustancias nocivas para la salud, por el contrario, la de los parches o chicles, ingresa sin otras sustancias y con farmacocinética que no favorece la adicción. La terapia de reemplazo nicotínico aumenta significativamente las tasas de cesación por lo que se recomienda el uso de terapia de reemplazo nicotínico en cualquiera de sus formas de presentación ya que todas aumentan significativamente las tasas de cesación y abandono tabáquico (Casetta, 2001).

La eficacia de la Terapia de Reemplazo con Nicotina (TRN) es 1,5 a 2,2 veces más que el placebo. Su uso como medicación de venta libre aumenta las tasas de cesación y presenta amplia disponibilidad y accesibilidad (Casetta, 2001).

Los efectos adversos de la terapia de reemplazo nicotínico son leves tales como palpitaciones y dolor torácico, náuseas y vómitos, molestias gastrointestinales, insomnio, irritación cutánea (parches), dolor en la boca (chicles), irritación nasal (spray) (Casetta, 2001).

5.6.1 Parches de Nicotina

Presentaciones de hasta 21 mg/día, tratamiento de 8 semanas. Fumadores con alta dependencia pueden requerir dosis mayores de 21 mg (se logran usando simultáneamente más de un parche de igual o distinta graduación) y son indicados para fumadores de más de 20 cigarrillos/día (Casetta, 2001).

El parche es el único sustituto que genera tolerancia (desensibilización) de los receptores nicotínicos y es el único que no genera dependencia. El parche es el sustituto nicotínico de mayor tolerancia y adherencia porque produce menos efectos adversos (Casetta, 2001).

Se debe utilizar desde el “día 0” por la mañana sobre la piel desprovista de pelo, limpia, seca (preferentemente abdomen y hombros), debe rotarse el sitio de aplicación y a las 24 horas eliminar el parche usado y aplicar uno nuevo.

5.6.2 Chiclos de Nicotina

La goma de mascar es una forma de reemplazo de acción rápida, en la que la nicotina se absorbe a través de la membrana mucosa de la boca. Está disponible en concentraciones de 2 mg y 4 mg, siendo esta última utilizada en personas con alta dependencia, fumadores de más de 20 cigarrillos/día. Se recomienda ser administrada al menos por 6 semanas (Sweeney, 2001).

5.6.3 Spray Nasal

El spray nasal tiene eficacia ligeramente superior a otras formas de terapia de reemplazo nicotínico. Se utiliza en tratamientos de 12 semanas, en personas con alta dependencia, fumadores de más de 20 cigarrillos/día y aquellos que fuman

dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse. El spray nasal es el que genera mayor dependencia por su cinética (Sweeney, 2001).

5.6.4 Bupropión

El mecanismo de acción del Bupropion es inhibir la recaptación de neurotransmisores (dopamina, noradrenalina) en el SNC, también actúa como antagonista no competitivo de los receptores de nicotina. El efecto antitabáquico no está relacionado con su efecto antidepresivo, sin embargo, mejora los síntomas de abstinencia y que se ha descrito un efecto beneficioso sobre el humor negativo post cesación (Sweeney, 2001).

Se recomienda el uso de este medicamento de liberación prolongada en dosis de 150 o de 300 mg/día en tratamientos de 7 a 12 semanas, ya que aumenta las tasas de cesación. Se inicia al menos una semana antes del día en que el paciente deja de fumar y se finaliza entre las 7 y 12 semanas. Si se indican dos comprimidos diarios, espaciar las tomas 8 horas. No se requiere disminución progresiva de la dosis al finalizar (Casetta, 2001).

Dentro de las contraindicaciones del bupropión está la epilepsia, antecedente de convulsiones, bulimia, anorexia, necrosis hepática severa, uso de (IMAO) los inhibidores de la monoaminoxidasa, (suspender 14 días antes de comenzar con bupropión), situaciones que disminuyan el umbral convulsivo, antecedente de traumatismo cráneo-encefálico con pérdida de conocimiento (TEC), alcoholismo, fármacos: hipoglucemiantes, insulina, teofilina, antipsicóticos, antidepresivos, corticoides y otros.

Se han encontrado algunos efectos adversos como convulsiones (en 1/1000 pacientes), cefalea, insomnio, boca seca, rash cutáneo, prurito e hipersensibilidad.

La combinación de tratamientos es efectiva, la combinación de parches con chicles o spray de nicotina; o la asociación de parches de nicotina con Bupropión, son más efectivas que cada uno por separado. Se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia o antecedentes de intentos frustrados con monoterapia (Casetta, 2001).

5.6.5 Vareniclina

Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos alfa2-beta4 cerebrales, tiene baja interacción con otros medicamentos y duplica las posibilidades de cesación, más eficaz que el Bupropión. Ha demostrado eficacia en pacientes con EPOC y con patología cardiovascular previa.

La Vareniclina es un tratamiento efectivo para la cesación. La Vareniclina en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento es efectiva para la cesación. Se sugiere valorar junto al paciente los potenciales beneficios y riesgos al utilizarla su uso podría asociarse a la aparición de efectos cardiovasculares graves, depresión, ideación suicida y otras alteraciones psíquicas. Se deben valorar antecedentes del paciente y advertir al paciente para que suspenda su uso en caso de aparición (Casetta, 2001).

El ajuste de la dosis se realiza con indicación esquematizada por semana de la siguiente manera: SEMANA 1 Se inicia con 0,5 mg por la mañana por 3 días. A partir del cuarto día, 0,5 mg mañana y noche completando la semana 1. Se continúa desde la SEMANA 2 a la 12, con 1 mg mañana y noche.

Los efectos adversos están relacionados con aparición de náuseas, sueños anormales, insomnio y cefalea, sin embargo también han aparecido reportes sobre cambios en el comportamiento incluyendo depresión, ideación suicida y suicidio.

En la tala que se muestra a continuación, se realiza una síntesis del tratamiento farmacológico para la cesación tabáquica.

Tabla 1. Tratamiento farmacológico para la cesación tabáquica: líneas de manejo

Tipo de medicamento	VARENICLINE	BUPROPIÓN	NICOTINA (Parches)	NICOTINA (Tabletas masticables)
Mecanismo de acción	Agonista parcial de receptores nicotínicos alfa4 beta2	Aumenta la concentración de dopamina en el cerebro. Actúa en locuscoeruleus.	Actúa a nivel de receptores nicotínicos del SNC	Actúa a nivel de receptores nicotínicos del SNC
Dosis	Día 1-3 (0.5 mg c/24 hs). Día 4-7 0.5 mg c/12 h	150 mg/ día por 3 días Al 4 día 150 mg c/12 horas por 7 a 12 semanas	21 mg x 4 sem. 14 mg x 2 sem. 7 mg x 2 sem.	Presentación: 4 y 2 mg Hasta 20 tabletas al día (4 mg) por 8-12 sem.
Contraindicaciones	Alergia a la sal, Tendencias suicidas, depresión.	Crisis convulsivas, traumatismos craneoencefálicos	Infarto al miocardio un mes antes, reacción local.	Infarto al miocardio un mes antes, problemas de articulación mandibular.

Fuente: Montes De Oca, 2011

5.7 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA CESACION TABAQUICA.

5.7.1 Técnicas cognitivo conductuales

Este método se utiliza cuando la adicción en los pacientes es muy fuerte y es muy elevada la dificultad para abandonar el tabaco. El psicólogo suele utilizar diferentes métodos para reforzar la decisión, entre las que destacan las terapias de relajación, las técnicas de autocontrol o las denominadas «herramientas de aversión», en las que el profesional relaciona el hábito de fumar con sensaciones desagradables para evitar las recaídas y el síndrome de abstinencia (De Andrés, 2010).

5.7.2 Hipnosis

Se trata de una terapia centrada en acabar con la dependencia emocional del tabaco que consiste en actuar sobre la parte subconsciente del sujeto para controlar el impulso de fumar. Los tratamientos por hipnosis se basan en la utilización de la mente subconsciente, donde reside la imaginación y la creatividad, buscando los recursos latentes del fumador (De Andrés, 2010).

Para realizar la terapia, el experto valora inicialmente el grado de adicción y de motivación de cada paciente, además de los estados con los que éste asocia el consumo de cigarrillos. A partir de ahí, durante cada sesión, se da instrucciones para «aguantar el impulso y modificar la conducta» por medio de tres elementos: humo, tabaco y nicotina. Se recomiendan entre 4 y 8 sesiones (De Andrés, 2010).

5.7.3 Autoayuda

Son muchos los que recurren a los libros de autoayuda para abandonar el hábito. Se trata de lecturas sencillas que ofrecen pautas y consejos cercanos e inteligentes para desmontar todos los argumentos que los fumadores utilizan para no abandonar el hábito (De Andrés, 2010).

5.7.4 Abordaje grupal

El tratamiento grupal de deshabituación tabáquica, se refiere a una intervención terapéutica multicomponente de base conductual con carácter estructurado, composición cerrada (entre 8 y 20 miembros) y duración limitada (entre 3 y 12 meses), sobre un grupo de usuarios que se reúnen con uno o varios terapeutas durante un número predeterminado de sesiones (generalmente entre 5 y 15) y con un objetivo común a todos ellos, que es dejar de fumar (Olano, 2007).

El objetivo de este tipo de intervenciones es la consecución de cambios diferenciados en un patrón conductual dado (fumar en este caso). Independientemente del uso explícito del abanico de estrategias conductuales y cognitivas útiles para dejar de fumar, se emplean otros factores terapéuticos más generales como la cohesión, la transmisión de información, la solidaridad o el aprendizaje interpersonal y la autocomprensión (Olano, 2007).

Aparte de esto, y entre otros elementos, se debe proporcionar al paciente información básica sobre la naturaleza del problema que se aborda (fase educativa), entrenamiento en habilidades (fase de entrenamiento) y solicitar la ejecución de tareas aprendidas en el día a día (fase de aplicación), combinado

todo ello con la administración del tratamiento farmacológico individual en caso de ser necesario (Olano, 2007).

5.8 INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA LA CESACION DEL TABACO

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en el proceso de interacción con el paciente, debe orientar e implementar un adecuado plan educativo, conociendo modelos de aprendizaje, identificando, escenarios, enfoques educativos y necesidades para la adecuada ejecución de planes que orientan el cuidado integral del paciente (Achury, 2007).

Los estudios consultados no han demostrado la participación del profesional de Enfermería en intervenciones con pacientes fumadores diagnosticados con EPOC, pero si se menciona que los profesionales de la salud han venido implementando programas educativos orientados a la deshabituación del tabaco, dentro de los que encontramos como la entrevista motivacional.

La Entrevista Motivacional es una estrategia cognitiva conductual que puede ser aplicada por el profesional de enfermería la cual intenta ayudar a los pacientes a desarrollar sus propias habilidades, con vista a estimular el cambio de conducta a través de la automotivación, explorando y resolviendo sus ambivalencias respecto al consumo de tabaco (Bello, Chamorro y Barrientos, 2013).

La motivación para el cambio es un elemento clave para el éxito terapéutico, sobre todo en el ámbito de las conductas adictivas, donde es frecuente el abandono del tratamiento y el bajo cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. La Entrevista Motivacional, desarrollada por Miller y Rollnick, resulta especialmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante un cambio, ya que trabaja activando la propia

motivación de la persona y con ello la adherencia al tratamiento (Bello, Chamorro y Barrientos, 2013).

La lucha contra el tabaquismo es un punto esencial en la educación sanitaria en el paciente con EPOC, ya que el abandono del tabaco es la intervención individual más efectiva y rentable para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad y retrasar su progresión. Es bien conocido que las estrategias antitabaco intensivas aumentan la probabilidad de que el abandono del hábito se mantenga, así como la trascendencia de las nuevas leyes que regulan la prohibición de fumar en lugares públicos. Al mismo tiempo, una revisión sobre tabaco y publicidad muestra cómo la incidencia y el impacto de la publicidad de tabaco son altas y hacen uso de mensajes adaptados cultural y socialmente (Llauger, 2011).

Las intervenciones que el profesional de enfermería pueda implementar son fundamentales y deben situarse en el primer escalón terapéutico en el abordaje de pacientes fumadores con EPOC. Por ello la importancia de esta investigación es incentivar que el profesional de enfermería específicamente contribuya en la aplicación de estrategias en el tratamiento no farmacológico para la deshabitación del tabaco en pacientes con EPOC.

6. MARCO METODOLOGICO

6.1 Diseño de la investigación

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio se realizó una revisión documental, la cual es definida por Cazares como: "...la información que se recoge o consulta en documentos, entendiéndose este término, en sentido amplio, como todo material de índole permanente con historicidad y de carácter único, es decir, al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento o lugar ". (Cazares, 2009)

La revisión documental que se presenta a continuación busca identificar las intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con EPOC, para lo cual se realizó una búsqueda y selección de artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, cuyo análisis permitió construir las conclusiones de este trabajo de investigación.

6.2 Búsqueda de artículos de investigación

Durante la búsqueda de artículos para el desarrollo de la investigación se consultaron bases de datos científicas específicas del área de ciencias biomédicas como: Scielo, Cochrane, LILACS, Pubmed, Science Direct, Proquest. Se establecieron como límite la fecha de publicación entre el año 2000 y 2014.

Se seleccionaron los artículos cuyo título y abstract se relacionaran con las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para disminuir el hábito

tabáquico específicamente en pacientes con EPOC teniendo en cuenta que cumplieran con los objetivos y problema planteados.

Las palabras clave que se utilizaron para delimitar la búsqueda fueron: tabaco (smoking), cesación (Cessation), EPOC (COPD), intervención (intervention), incluyendo los conectores booleanos AND, OR, NOT. Se encontraron 56 artículos en total, de los cuales se descartaron 41 artículos, ya que al leer el abstract se identificó que no cumplían con los criterios de inclusión, no eran aplicados exclusivamente a pacientes con EPOC, o no cumplían con el rigor metodológico.

6.3 Selección de estudios de investigación

La muestra seleccionada correspondió a 9 artículos que tenían rigurosidad metodológica y cumplían con los criterios de inclusión, publicados desde el año 2000 hasta el año 2014; de los cuales 5 fueron en idioma inglés y 4 en idioma español.

Los diseños metodológicos de los artículos seleccionados fueron: 3 estudios de revisión documental, 1 estudio de diseño descriptivo, 2 estudios de tipo correlacional, 1 estudio cuasi-experimental, y 2 con diseño experimental.

Realizando el análisis de cada uno de los artículos se obtuvieron las conclusiones que permitieron conocer las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas realizadas al paciente con EPOC, así como identificar las intervenciones con mejor resultado para disminuir el consumo de tabaco en estos pacientes.

6.4 Criterios de inclusión:

- Investigaciones con rigor metodológico de estudio
- Investigaciones de artículos publicados entre el año 2000 y 2014

- Estudios que evalúen estrategias farmacológicas y no farmacológicas para disminuir el consumo de tabaco en pacientes con EPOC

6.5 Características de los estudios seleccionados.

Tabla 2: características de los artículos seleccionados

No.	Titulo	Población/ muestra	Autor/año/ país/idioma	Medio de publicación	Diseño metodológico
1	<p>Lung function and respiratory symptoms in a 1-year randomized smoking cessation trial of varenicline in COPD patients</p> <p>La función pulmonar y los síntomas respiratorios en un ensayo aleatorizado para dejar de fumar 1-año de la vareniclina en pacientes con EPOC.</p>	<p>Población: 27 centros de estudio Muestra: 333 Pacientes con EPOC</p>	<p>D.p. Tashkin, S. Rennard, J. Taylor Hays, D. Lawrence, J.P: Marton, T.C. Lee</p> <p>Año: 2011</p> <p>País: Estados Unidos</p> <p>Idioma. Ingles</p>	<p>Respiratory Medicine, Volume 105, Issue 11, November 2011, Pages 1682-1690</p> <p>Lilacs</p>	<p>Correlacional</p>
2	<p>High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD.</p> <p>Altas tasas de cesación de fumar cigarrillo en sujetos con y sin EPOC</p>	<p>Población: Muestra: 38 fumadores con EPOC o bronquitis crónica y 25 fumadores fueron incluidos</p>	<p>Willemse, Brigitte; Lesman-Leegte, Ivonne; Times, Wim; Postma, Dirkje; ten Hacken, Nick</p> <p>Año: 2005 País: Estados Unidos</p> <p>Idioma: ingles</p>	<p>Chest Volume 128, Issue.5 (November 2005): 3685-3687.</p> <p>Medline-proquest</p>	<p>Cuasi - experimental</p>
3	<p>Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial.</p>	<p>Población: Muestra: 411 pacientes con EPOC</p>	<p>DP Tashkin, R Kanner, W Bailey, S Buist, P Anderson, MA Nides, D</p>	<p>The Lancet, Volumen 357, Número 9268, 19 de mayo de 2001, páginas</p>	<p>Experimental</p>

	Cesación del tabaco en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica, controlado con placebo, doble ciego, aleatorizado		Gonzales, G Dozier, MK Patel, BD Jamerson Año 2001 Idioma: ingles	1571-1575 Medline - proquest	
4	Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Pacientes fumadores con EPOC	SEPAR,2007 Doctor Joel Alvarado, Alejandra Gamiño Pérez	Archivos de bronco neumología número supl.1. junio 2012 vol. 48. núm. supl.1.páginas 1-83	Revisión documental
5	Tratamiento del tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Población: pacientes con EPOC Muestra: cinco ciudades (México, caracas, sao paulo, Montevide, Chile)	Sergio Bello S., Haydee CHamorro R., y Andrea Barrientos R. Año: 2013 País: Chile Idioma: Español	Rev.chil. enferm. respir. vol.29 n. 1 Santiago mar. 2013	Descriptivo
6	Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica.	Población: pacientes con EPOC Muestra: 11	Raúl H Sansores, Oliver Pérez-Bautista, Alejandra Ramírez-	Revista de Salud Pública Méx 2010; Vol. 52(sup 2):355-365	Revisión documental

		artículos de investigación	Venegas. Año: 2010 País: México Idioma: Español		
7	General practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: Impact after 1 year of two complex interventions.	Población: 9 distritos holandeses Muestra: 753 fumadores con EPOC de	Sander R. Hilberink, Johanna E. Jacobs, Marinus H.M. Breteler, Hein de Vries, Richard P.T.M. Grol Año: 2010 País: Holanda Idioma: Ingles	Patient Education and Counseling, Volume 83, Issue 1, April 2011, Pages 120-124	Correlacional
8	Programa Educativo en Pacientes Fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	Pacientes fumadores con EPOC	Silvia Guillén Guillén País: España Idioma: Español Año: 2013	Google académico http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2013/11507/TAZ-TFG-2013-578.pdf	Revisión documental
9	Effect of 1-year smoking cessation on airway inflammation in COPD and asymptomatic smokers	28 fumadores con EPOC sintomáticos y 25 fumadores	Willemse, Hacken, Rutgers, Lesman, País: Estados Unidos Idioma: Inglés	Articulo University Medical Centre Groningen, Dept of Pathology,	Experimental

	Efecto de 1-año para dejar de fumar en la inflamación de las vías respiratorias en la EPOC y los fumadores asintomáticos	con EPOC asintomáticos	Año: 2005	Hanzeplein 2005	
--	--	------------------------	-----------	-----------------	--

6.5 Análisis de los estudios

Para realizar el análisis de cada artículo seleccionado se utilizó como instrumento la ficha analítica descriptiva, la cual permitió identificar aspectos importantes de los estudios para dar respuesta al problema y objetivos planteados.

La ficha descriptiva se divide en 4 partes las cuales se explican a continuación.

- **FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N°:** se enumeran según la secuencia de artículos seleccionados

- **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO.**

Título: En este ítem se pone el título original del artículo en el idioma de publicación original y traducida al español

Autores: Nombre de las personas que redactaron el artículo.

Lugar donde se realizó la investigación: El país y la ciudad en donde se realizaron las intervenciones.

Idioma: Idioma en que esta publicado el artículo.

Medio de publicación: En donde se encontró el artículo (revista, base de datos, periódico, entre otros).

Año: El año en que se publicó el artículo.

Base de datos: En qué base de datos se encontró el artículo.

Tipo de estudio de investigación: Diseño epidemiológico que se utilizó en el estudio.

Enfoque: se identifica si el estudio es cualitativo o cuantitativo.

Población: pacientes que se tomaron de base para el estudio.

Muestra: Pacientes que fueron seleccionadas para recoger la información.

Palabras clave: Son aquellas palabras más significativas que señala el documento, así como también se incluyó las palabras con las que se encontró el artículo.

- **APORTES DE CONTENIDO:** Se incluyó todos aquellos aportes en el contenido del artículo que respondían a alguno de los objetivos específicos planteados en esta investigación.
- **ANÁLISIS METODOLÓGICO, DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES.**
 - Juzgamiento metodológico:** Se evaluaron los criterios de rigurosidad científica los cuales debes ser coherentes respondiendo a los objetivos de esta revisión bibliográfica.
 - Análisis de contenido:** Con base en el diseño de los artículos, la población, muestra y los resultados que encontremos, se emitirá una crítica orientada a evaluar los resultados, la validez de los mismos, la coherencia y el aporte que este genere al objetivo propuesto.
 - Conclusiones:** En base a la respuesta de nuestro objetivo, tendremos en cuenta como los aportes del artículo ayudan a satisfacer nuestro objetivo, como los resultados enriquecen la investigación en cuanto a la discusión que genera el objetivo.

7. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A través de los aportes obtenidos en cada ficha descriptiva de los estudios encontrados y seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión, se realiza el análisis de la información teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio de la investigación.

7.1 INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN EL PACIENTE CON EPOC

De acuerdo con la literatura, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es muy frecuente en la población adulta, y una causa principal de morbilidad en todo el mundo. De ahí la importancia de generar estrategias para disminuir los síntomas en los pacientes, teniendo un impacto positivo en la calidad de vida de los mismos.

A nivel mundial se encuentra que la mejor estrategia para mejorar la función pulmonar es el control de los factores de riesgo, y dentro de estos uno de los más importantes es el abandono del tabaco, identificado como la causa más común de la enfermedad y el factor que más influye en la progresión y en el deterioro de la función pulmonar cuando no se ha dejado el hábito.

De esta manera, la cesación en el consumo de tabaco se convierte en uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la EPOC, para esto se han creado estrategias e intervenciones farmacológicas y no farmacológicas realizadas en salud pública y por los profesionales de la salud.

Dentro de las intervenciones farmacológicas se analizaron dos medidas los cuales han sido las más utilizadas en pacientes con EPOC: Vareniclina y Bupropion; estos medicamentos ayudan a mejorar la adicción, pero no sustituyen la nicotina.

Estos medicamentos según Bello (2013) han dado buen resultado y ha sido claramente demostrado en varios estudios realizados en cuanto a la abstinencia, el manejo de la ansiedad y el deseo de fumar.

Por otra parte, en las intervenciones no farmacológicas se encontraron las terapias grupales, la terapia cognitivo conductual y el apoyo psicológico que brindan los profesionales en salud y los especialistas, donde según Sansores (2010) son estos los encargados de brindar la información contundente y acertada para el abandono del hábito tabáquico; informando los beneficios importantes a conseguir con la terapia, teniendo en cuenta que para lograr el objetivo propuesto se debe generar una adecuada intensidad de la terapia para así mismo obtener una buena respuesta.

7.2 INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN EL PACIENTE CON EPOC

7.2.1 INTERVENCIONES FARMACOLOGICAS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO

Tabla 3. Intervenciones farmacológicas para disminuir el consumo de tabaco

Nº DEL ARTICULO	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
1 Dr. Joel Alvarado	Administración de vareniclina y placebo	El porcentaje de cesación de tabaco con la vareniclina frente a placebo 42,3% y 8,8%, respectivamente, durante semanas 9 y 12, 25,8% y 7,2%, respectivamente, durante semanas 9 y 24 y el 18,6% y 5,6%,

		respectivamente.
<p>3</p> <p>DP</p> <p>Tashkin, R</p> <p>Kanner, W</p>	<p>La intervención consistió en realizar dos grupos de pacientes con EPOC en estadio I y II; el primer grupo se trató con bupropión y el segundo con un placebo se realizó la evaluación midiendo la abstinencia en cada uno de los pacientes en los respectivos grupos.</p>	<p>La tasa global de cesación fue de 52%. 16 pacientes con EPOC (42 %) y 17 fumadores asintomáticos (68 %) no fumaba 12 meses después del primer día de cesación.</p>
<p>4</p> <p>Dr. Joel</p> <p>Alvarado</p>	<p>Terapia sustitutiva con nicotina: parches, chicles y spray.</p> <p>Tratamiento con el Bupropión y vareniclina.</p> <p>Combinación de la terapia sustitutiva con nicotina y vareniclina</p> <p>Combinación de vareniclina y Bupropión.</p>	<p>La terapia sustitutiva con nicotina cuenta con un alto nivel de evidencia al igual que el bupropion y vareciclina.</p> <p>La combinación de Vareciclina y terapia sustitutiva con nicotina cuenta con alto nivel de evidencia; por el contrario la combinación de vareciclina y bupropión cuentan con una calidad de evidencia muy baja y un nivel de recomendación muy débil.</p>
<p>5</p> <p>Sergio</p> <p>Bello</p>	<p>Terapia sustitutiva de nicotina (TSN), bupropión y vareniclina.</p>	<p>El estudio de Tashkin, en un grupo de 504 pacientes fumadores, que fumaban en promedio 28 cigarrillos por día, con EPOC leve a moderada, demostró la eficacia de vareniclina en la evaluación a 1 año, con OR de 4,04 (CI 2,13-7,67), comparada con</p>

		<p>placebo.</p> <p>Respecto al bupropion a los 6 meses se logró abstinencia continua en el 16% del grupo tratado con bupropión <i>versus</i> un 9% en el grupo con placebo ($p < 0,05$), concluyendo que bupropión es efectivo y bien tolerado.</p>
<p>6</p> <p>Raúl H Sansores</p>	<p>Uso de vareniclina, bupropión</p> <p>Terapias no farmacológicas</p>	<p>Hay mayor efectividad en tratamiento si se hace combinación de diferentes terapias de deshabituación, la combinación de varenicline-bupropión se usa en forma anecdótica en individuos con alto consumo e historial depresivo, sin embargo se requiere de más investigación</p>

El estudio correlacional elaborado por D.p. Tashkin cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la vareciclina y cesación de tabaquismo durante un año, se utilizaron dos grupos: a un grupo se le administro el medicamento y al otro grupo se le administro un placebo, este iba siendo evaluado mediante espirometría y un cuestionario clínico del EPOC, el cual consistía en evaluar síntomas respiratorios (por ejemplo, dificultad para respirar, tos y producción de esputo), estado funcional (por ejemplo, capacidad de subir escaleras , llevar a cabo las tareas del hogar, vestido/lavado de auto o visitar a los amigos).

Los autores evidenciaron que la vareniclina frente a placebo es respectivamente 42,3% y 8,8%, más efectiva, en las personas que dejan de fumar, la tasa anual de disminución del VEF1 durante 4 años era la mitad de la observada entre los que

continuaron fumando, hubo una pequeña mejora en la función pulmonar de los fumadores que dejan de fumar después de aplicar la intervención.

En cuanto a otro estudio correlacional, realizado por Tashkin (2011) en donde se incluyeron 404 pacientes con EPOC, se planteó como objetivo medir en los pacientes con EPOC estadio I y II podrían dejar el hábito tabáquico con el bupropion. Se realizó con dos grupos: el primer grupo se trató con bupropión y el segundo con placebo.

Se evaluó la abstinencia en cada uno de los pacientes en los respectivos grupos. Al finalizar este estudio concluyeron que las tasas de abstinencia continua desde la semana 4 hasta el final de la semana 7 difirieron significativamente entre los pacientes que recibieron bupropión y los que recibieron placebo ($p = 0,003$). 57 (28%) de los 204 participantes que recibieron bupropión mantuvo en abstinencia en comparación con 32 (16%) de los 200 que recibieron placebo. Pacientes tratados con bupropión también tenían mayores tasas de abstinencia que el placebo los pacientes tratados durante las últimas 4 semanas de tratamiento (45 [22%] frente a 24 [12%], $p = 0,011$). Aunque cabe resaltar que no muestra en su totalidad la efectividad porque no es mucha la diferencia entre el uso del bupropion y el uso del placebo, puesto que es mucho menos del 50% los pacientes que lograron dejar de fumar con el medicamento.

El grupo de trabajo GesEPOC en su revisión documental menciona que el tratamiento farmacológico debe basarse en la terapia sustitutiva con nicotina realizada por medio de parches, chicles y spray. Además menciona el tratamiento con el Bupropión y vareniclina, y la combinación de estos con la terapia sustitutiva de nicotina.

Estos resultados se basan en el hallazgo que la terapia sustitutiva con nicotina cuenta con alto nivel de evidencia; mientras que por el contrario la combinación de vareiclina y bupropión cuentan con una calidad de evidencia muy baja y un nivel de

recomendación muy débil ya que solo existe un único estudio sobre la combinación de estos dos fármacos.

El autor Bello (2013) en su artículo descriptivo nos menciona que los medicamentos de primera línea son los sustitutos de nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. En los pacientes EPOC la TSN es efectiva, pudiendo combinarse. El bupropión ha demostrado una buena relación costo-efectividad y la vareniclina, en pacientes con EPOC leve a moderada, ha sido efectiva.

Concluye que las terapias para fumadores con EPOC deben ser más intensas, combinando tratamiento farmacológico y psicosocial y mantenidas en el tiempo para evaluar su efectividad y adherencia, por otra parte se destaca que el artículo proporciona herramientas que permiten que todo el equipo de salud responsable de atender a los pacientes con EPOC participe en el esfuerzo de motivarlos y ayudarlos a dejar de fumar.

Sansores (2010) en su revisión documental se plantea dos objetivos primero, determinar cuáles son las recomendaciones actualmente prevalentes en el tratamiento del tabaquismo, y segundo, hacer una revisión de la eficacia de las intervenciones actualmente disponibles. Finalmente a partir del análisis de dichos hallazgos, se ofrece una propuesta global, con énfasis en los países latinoamericanos, que considera el aspecto económico de la región

Pudo concluir que hay evidencia en la combinación de dos o más fármacos, convirtiéndose en una alternativa que funciona mejor que una sola, aunque a esta suma de medicamentos se le puede adicionar la terapia conductual, lo cual incrementa el éxito en el tratamiento, sin embargo, no hay estudios que reflejen una comparación de un abordaje multimodal versus monoterapia, por lo cual, se requiere una amplia investigación en estas intervenciones.

7.2.2 INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO

Dentro de las medidas no farmacológicas se encontraron 5 artículos que analizan el consejo médico, las entrevistas motivacionales, programas grupales cognitivo conductual, apoyo psicológico y consulta intensiva para los pacientes.

Tabla 4. Intervenciones no farmacológicas para disminuir el consumo de tabaco

Nº DEL ARTICULO	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p style="text-align: center;">2</p> <p>Brigitte Willemse</p>	<p>Terapia cognitivo-conductual</p>	<p>La tasa global de cesación fue de 52%.</p> <p>16 pacientes con EPOC (42 %) y 17 fumadores asintomáticos (68 %) no fumaba 12 meses después del primer día de cesación. Esto se dedujo por la nicotina urinaria.</p>
<p style="text-align: center;">4</p> <p>Joel Alvarado</p>	<p>el consejo médico, apoyo psicológico con soporte social</p>	<p>En los pacientes fumadores con EPOC se recomienda ofrecer consejo médico/psicológico antitabaquico.</p> <p>A mayor intensidad de la intervención, mejores resultados obtenidos. La intervención mínima es menos eficaz en pacientes con EPOC.</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p>Sergio Bello</p>	<p>Intervención psicosocial con entrevista motivacional</p>	<p>Hay evidencias que la Entrevista Motivacional es efectiva para incrementar los intentos por dejar de fumar en el futuro y se ha utilizado</p>

		<p>en diferentes poblaciones de fumadores, con resultados variables. Una reciente revisión sistemática de la colaboración Cochrane reconoce su utilidad.</p>
<p style="text-align: center;">6 Raúl H Sansores</p>	<p>Terapia conductual: grupal e individual</p>	<p>Terapia individual: más de ocho sesiones incrementan la probabilidad de dejar de fumar en 25%, en comparación a darle una sesión o ninguna.</p> <p>Las evidencias señalan que la participación del médico u otros profesionales de la salud para motivar al fumador a que deje de fumar, incrementa las probabilidades de éxito hasta 2.5 veces más, en comparación con no hacer nada cuando se atiende a pacientes fumadores.</p> <p>Terapia grupal:</p> <p>El programa consiste en 10 sesiones de 90 minutos de duración, que se reparten en días diferentes durante un mes. Este programa tiene un éxito de 35% al año de observación sin grupo control y de 30% utilizando a pacientes con EPOC como controles. En la reciente revisión de Stead y Lancaster³⁰ se encontró mayor efecto del programa grupal que la autoayuda, pero no</p>

		encontraron diferencias con el consejo individual de la misma intensidad. No obstante, una reciente revisión por Gordon y colaboradores sugiere un costo-eficiencia a esta intervención.
8 Silvia Guillén Guillén	Sesiones educativas	El conocimiento de los diferentes métodos así como la existencia de centros especializados, ayuda a los pacientes a conseguir una deshabituación tabáquica de manera más fácil.

En un estudio cuasiexperimental de Brigitte Willemse et, al. (2005) cuyo objetivo fue desarrollar y medir la estrategia cognitivo-conductual en pacientes fumadores con EPOC, y fumadores sin EPOC, por medio de sesiones realizadas por una enfermera y un investigador antes durante y después del tratamiento.

Esta terapia se realizó en 15 sesiones, basándose en la motivación y la autoeficacia por parte de los pacientes, en donde iban disminuyendo gradualmente el consumo del tabaco hasta abandonarlo por completo, llegando a una tasa de deshabituación del 52%. Cabe mencionar y destacar que este avance se logró debido a la intervención por parte de enfermería de manera intensiva, así mismo manteniendo el contacto continuo con los pacientes (Willemse, et, al. 2005).

De esto se deduce que es importante un acercamiento estrecho y un seguimiento riguroso por parte de enfermería para con los pacientes, ya que el contacto continuo ayuda a la estimulación para el abandono del tabaco.

Por otro lado en el artículo elaborado por el grupo de trabajo (GesEPOC) el objetivo principal se basa en proporcionar a los trabajadores de la salud una herramienta que permita tomar las mejores decisiones de manejo del paciente fumador con EPOC basados en aquellas intervenciones no farmacológicas como lo son: el consejo médico y el apoyo psicológico.

Teniendo en cuenta lo anterior la guía llega a la conclusión que en cuanto a medida no farmacológica el consejo médico presenta una evidencia alta y recomendación fuerte a favor, puesto que mediante de este el personal de salud tiene un mínimo contacto con el paciente, a través del cual se puede intervenir individualmente sobre el hábito tabáquico y lograr persuadir al paciente de la importancia y los beneficios que genera el dejar de fumar, y así establecer múltiples modalidades de manejo desde la atención primaria en salud.

El artículo de Bello et, al. (2013) descriptivo, se basa y se destaca en que el paso importante para que un paciente empiece a tener abstinencia es la entrevista motivacional, lo cual mediante la empatía, se puede empezar a persuadir al paciente que no tiene la suficiente confianza para empezar a dejar el hábito.

Diferentes revisiones que se han hecho, muestran que en un futuro el abandono del tabaco se puede incrementar si hay una buena entrevista motivacional con los pacientes. (Bello, et, al. 2013).

En relación al artículo elaborado por Raul H Sansores, et, al. (2010) En cuanto a las intervenciones no farmacológicas para reducir el consumo de tabaco en pacientes con EPOC, se encuentra la terapia conductual, ya sea esta grupal o individual.

Se define como individuales aquellas en las que, aunque es posible que participen más personas, la intervención se puede llevar a cabo con una sola. Las individuales varían desde el consejo médico hasta abordaje con hipnosis y el uso de internet. La ventaja del conocido consejo médico es que su impacto es alto y puede ser dado por el médico u otro profesional de la salud.

Siendo así el consejo médico la herramienta disponible más simple con la que el personal de salud, cuenta para influir de manera decisiva en un fumador, para que disminuya el hábito tabáquico, aumentando la motivación y/o el cambio de estadio en el fumador para pasar de ser pre contemplador a contemplador. Este consejo puede lograr más de 5% de exfumadores al año, resulta ser una medida de calidad en los hospitales y el interés de los profesionales de la salud por la anamnesis del tabaco y el consejo en los pacientes fumadores. Desafortunadamente sólo el 2% de los pacientes que dejan de fumar han sido aconsejados por el profesional de salud.

En conclusión, las evidencias señalan que la participación del médico u otros profesionales de la salud para motivar al fumador a que deje el hábito, incrementa las probabilidades de éxito, en comparación con no hacer nada cuando se atiende a pacientes fumadores. Los fumadores consideran el consejo médico o la recomendación para dejar de fumar una motivación importante.

7.2 INTERVENCIONES CON MEJOR RESULTADO IMPLEMENTADAS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN EL PACIENTE CON EPOC.

De acuerdo al análisis de los artículos se puede concluir que en cuanto a intervenciones farmacológicas para la cesación tabáquica tomando como base los estudios de Tashkin (2001) el uso de la vareniclina es más efectiva comparada con el bupropión. Sin embargo el uso de vareniclina combinada con terapia sustitutiva de nicotina muestra aún más efectividad que utilizando la monoterapia.

Por otra parte en relación a las intervenciones no farmacológicas, se encontró que es más efectivo el programa cognitivo conductual y el consejo médico. Sin embargo 2 artículos llegaron a la conclusión que son mejores y más efectivas las intervenciones que combinan los fármacos con las actividades no farmacológicas,

en especial el consejo médico que resulta ser de mayor costo pero resulta ser la más exitosa.

Por los motivos mencionados anteriormente es importante definir que las intervenciones como la entrevista motivacional, el Test de Richmond, la terapia cognitivo conductual, ubicadas estas dentro del tratamiento no farmacológico e implementadas por el profesional de la salud, muestran un mejor resultado para disminuir el consumo de tabaco en pacientes con EPOC.

Es por esto que el profesional de enfermería juega un rol muy importante para persuadir al paciente fumador con EPOC e incentivar el deseo para dejar de fumar; esto se puede ver reflejado en el estudio de Willemse (2005), en el cual la enfermera quien dirigió el programa alcanzó los objetivos propuestos por el estudio y logró una tasa de cesación tabáquica del 52%, la cual se convierte como referencia para los profesionales de enfermería como herramienta que permita al profesional conocer e implementar estas intervenciones para así reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en la población adulta con EPOC.

8. CONCLUSIONES

Las intervenciones que han sido implementadas para disminuir el consumo de tabaco en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, consiste básicamente en cuatro pilares fundamentales que son: intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el manejo de la EPOC y tratamiento farmacológico y no farmacológico específico para la cesación tabáquica, que incluye tratamiento cognitivo conductual, apoyo social, consejo médico, spray nasal, parches de nicotina, chicles de nicotina, bupropion y vareniclina; que combinados han mostrado una mayor efectividad en estos pacientes.

En cuanto al manejo farmacológico para la cesación tabáquica comprende dos líneas de manejo iniciales, la primera línea incluye tratamiento con vareniclina, parches, chicles, comprimidos dispersables y spray nasal. Y la segunda línea de manejo que es con bupropión el cual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del tabaquismo de los fumadores con EPOC, los estudios realizados han constatado su eficacia hasta los 6 meses de seguimiento. La vareniclina al ser un fármaco de primera línea, agonista parcial de los receptores nicotínicos, ha demostrado una gran eficacia en su uso en EPOC leve-moderada con un buen perfil de seguridad. En cuanto a la terapia de remplazo de nicotina es eficaz para ayudar a los fumadores con EPOC a dejar de fumar. No obstante, en estos casos se prefiere la utilización de altas dosis de nicotina y la prolongación del tratamiento para lograr un mayor resultado y evitar así la recaída de los pacientes. La combinación de las dos líneas las cuales demostraron tener una mayor efectividad en el manejo del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica para la cesación tabáquica.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, las acciones preventivas como el consejo médico, la educación, entrevista motivacional, la autoayuda entre otras, son más costosas pero generan un impacto importante en la cesación tabáquica en los pacientes con EPOC teniendo una alta efectividad el consejo médico por las características propias, ya que existe un contacto directo del profesional de la salud con el paciente a través del cual se puede intervenir sobre el hábito tabáquico individual y así lograr combinar múltiples modalidades o técnicas de las conductas del paciente, e implementar terapia farmacológica y un adecuado seguimiento del paciente, por consiguiente siempre deberían ser implementadas desde la Atención Primaria en salud, donde el profesional de enfermería se encargue de alentar, asesorar y apoyar a todos los pacientes, para que ellos tengan una mayor adherencia al tratamiento y así disminuir las tasas de recaídas por falta de motivación.

En cuanto a la cesación tabáquica las intervenciones que han demostrado un mayor éxito; según la literatura son las intervenciones no farmacológicas, específicamente el consejo médico basado en la terapia cognitivo conductual, la cual ayuda a un acercamiento entre el profesional de enfermería y el paciente y así lograr persuadir al paciente mediante la modificación de sus conductas y lograr que este abandone el hábito tabáquico, y evitando así que este vuelva a recaer.

9. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Dentro de las principales limitaciones identificadas se encuentra la falta de estudios de análisis de intervenciones implementadas en el paciente con EPOC para dejar de fumar en América latina y en Colombia específicamente para este tema, por lo tanto una de las principales recomendaciones se dirige a la importancia de realizar este tipo de estudios con el fin de generar avances en el conocimiento en los investigadores y brindar herramientas claras al profesional de enfermería con el fin de proporcionar un cuidado óptimo, al igual que información actualizada sobre guías y protocolos de manejo del paciente con EPOC para que disminuya el consumo de tabaco.

10. BIBLIOGRAFIA

ACHURY Saldana, Diana Marcela. Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Falla Cardíaca. *Enfermería Cardiovascular*. Cap. 19. Pag 360-364

American Cancer Society, 2014 recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/salud/comomantenersealejadodeltabaco/fragmentado/pasos-para-dejar-de-fumar-types-of-n-r-t>

Barberà, J. A. Cosío, M. G. (2004) *Tratado de Medicina Interna*. Farreras-Rozman. Madrid, España. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez.

Bello S, Sergio, CHamorro R, Haydee, & Barrientos R, Andrea. (2013). Tratamiento del tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 29(1), 24-30. Recuperado, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482013000100004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-73482013000100004.

Bianco, E. Centro Landivar para el control de tabaco. (2011). *el poder de la adicción: adicción nicotina introducción y ocupación del cerebro recuperado* de [http://www.url.edu.gt/otros_sitios/noTabaco/03-01nicotina\(2\).htm](http://www.url.edu.gt/otros_sitios/noTabaco/03-01nicotina(2).htm)

Calle, M., Ángel, M., Marzo, M., Mascaros, E., Mascort, J., Sala, E.,...Trillo, C. (2010) Atención integral al paciente con EPOC. *Guía de practica clínica*. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2003). Atlanta. *El tabaquismo y la enfermedad obstructiva crónica*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica.html>

Cetrángol. A. (2013). *Guía alimentaria para pacientes con EPOC*. Rcuperado de http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hcetrangolo/files/2013/02/Guia_EPOC.pdf

CIMAS, J. E. (2003). Importancia de los síntomas en la EPOC. *Medifam* , vol.13, n.3 [citado 2014-03-10], pp. 46-55. recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682003000300006&script=sci_arttext.

E. Olano, S. Veiga, A. Esteban, B. Matilla, Y M. Otero. El tratamiento grupal del tabaquismo, recuperado de http://infodrogas.org/ficheros/infodrogas/biblio/tratamiento_grupal.pdf

El tabaco causa 72 muertes al día en Colombia. (2013, 7 de noviembre). El colombiano. Recuperado de: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/E/el_tabaco_causa_72_muertes_al_dia_en_colombia/el_tabaco_causa_72_muertes_al_dia_en_colombia.asp

FES. (2011). Colombia premio mundial por campaña anti tabaco en Singapur. Conferencia mundial anti tabaco. Colombia. Recuperado de <http://fundacionfes.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/74-salud/201-colombia-premio-mundial-por-campana-anti-tabaco-en-singapur>

García. F. (2012). Decretos sobre derechos de autor, resolución 366. Dirección nacional del derecho de autor. Bogotá. Recuperado de http://avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2012/48630/r_dnda_036_6_2012.html

Guía de tratamiento de la adicción del tabaco 2011. Disponible en www.fac.org.ar/1/institucional/nov_institu.../GUIA_2011_avales.pdf recuperado el 10 de marzo del 2014

Instituto Nacional de Cancerología, Nueva medidas para el control del consumo de tabaco en Colombia, recuperado de <http://www.cancer.gov.co/documentos/PoliticasySeparata%20Tabaco.pdf>

José Ignacio de Granda-Orive, Segismundo Solano-Reina , Carlos Andrés Jiménez-Ruiz, Intervenciones en tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares, recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/intervenciones-tabaquismo-pacientes-enfermedades-cardiovasculares-90190316-articulo-especial-2013>

López, M. & Aguilar, F. (2003). bases neurobiológicas de la adicción a drogas. España: *Junta de Andalucía* recuperado

de:[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia archivos ADICCION A LAS DROGAS.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_archivos_ADICCION_A_LAS_DROGAS.pdf)

López, M; Jardim. J; Schiavi. M. Latinoamericana de Tórax. (2010). *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. Recuperado de http://www.neumo-argentina.org/images/guias_consensos/guiaalat_epoc_abril2011.pdf.

M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita, M. Torrecilla García. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Recuperado de: http://www.snamfap.org.es//cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf

MariaAntòniaLlaugerRoselló, MariaAntòniaPou, Leandra Domínguez, Montse Freixas, PepiValverde, Carles Valero' Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria, recuperado de <http://www.archbronconeumol.org/es/atencion-epoc-el-abordaje-al/articulo/90037666/>

Ministro de Gobierno de la República de Colombia. (1982). Ley 23, sobre derechos de autor. Bogotá. Recuperado de <http://alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3431>

Ministerio de Salud de Gobierno de Chile. (2010). *Que es el tabaquismo*. Recuperado de http://web.minsal.cl/tabaco_prevision_que_es

Ministerio protección social república de Colombia. (2011). Prevención consumo de tabaco. Recuperado de <http://.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/REVISION%20EMPAQUETADO%20Y%20ETIQUETADO%2011%20de%20marzo1.pdf>

Ministerio de salud y protección social, 2013 <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/epoc.pdf>

OMS. (2000). Estrategias de empresas tabacaleras para socavar las actividades de lucha anti tabáquica de la OMS. Informe de conferencia de la OMS. Recuperado de http://who.int/tobacco/resources/publications/general/en/inquiry_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Nota descriptiva Noviembre de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Informe sobre control de tabaco para la región de las Américas: prevalencia actual de consumo de tabaco por país*, recuperado de: http://new.paho.org/par/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=358&Itemid=253

Ovejero. A. (1993). Investigación: La adicción de tabaco: algunos aspectos psicosociales. *Intervención psicosocial*. recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol2/arti8.htm# Hlk421778969>.

Rivera Rodríguez Diana Esperanza, Niño Bogoya Alejandro, ABC de la Ley Antitabaco (Ley 1335 de 2009), recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/ABC%20DE%20LA%20LEY%20ANTITABA%20CO.pdf>

Tashkin, D.P., Kanner, R., Bailey, W., Buist, S., Anderson, P., Nides, M.A., Gonzales, D., Dozier, G., Patel, M.K. & Jamerson, B.D. (2001). Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *The Lancet*, 357 (9268), 1571-1575.

Tashkin, D.P., Renard, S., Taylor Hays, J., Lawrence, D., J.P. Marton, J.P., T.C. & Lee, T.C. (2011). Lung function and respiratory symptoms in a 1-year randomized smoking cessation trial of varenicline in COPD patients. *Respiratory Medicine*, 105 (11), 1692-1690.

Trece maneras para dejar de fumar. (23 de enero, 2010). Marta De Andres. Recuperado de: <http://www.abc.es/20100123/sociedad-salud/trece-maneras-para-dejar-201001230226.htm>

Willems, B., Lesman-Leegte, I., Timens, W., Postma, D., & Hacken, N. (2005). High Cessation Rates of Cigarette Smoking in Subjects With and Without COPD. *Chest journal* 128(5), 3685-3687.

X-plainpatienteducation. (2010). El problema de fumar. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/smokingthefactsspanish/hp0992s4.pdf>

11. ANEXOS

ANEXOS A. Fichas descriptivas analíticas que responden a las intervenciones implementadas para disminuir el consumo de tabaco en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 01	
1. Datos de identificación del artículo	
<p>Título: Lung function and respiratory symptoms in a 1-year randomized smoking cessation trial of varenicline in COPD patients</p> <p>La función pulmonar y los síntomas respiratorios en un ensayo aleatorizado para dejar de fumar 1-año de la vareniclina en pacientes con EPOC</p>	
<p>Autores: D.p. Tashkin, S. Rennard, J. Taylor Hays, D. Lawrence, J.P: Marton, T.C. Lee</p>	<p>Idioma: ingles</p>
<p>Lugar donde se realizó la investigación: Multinacional</p>	<p>Medio de publicación: Respiratory Medicine (2011) 105, 1682e1690</p>
	<p>Base de datos: Scince direct</p>
<p>Año: 2011</p>	<p>Tipo de estudio de investigación: Correlacional</p>
<p>Enfoque: Cuantitativo</p>	<p>Técnica estadística:</p>
<p>Población: 27 centros de estudio</p>	
<p>Muestra: 333 pacientes con EPOC</p>	
<p>Palabras clave: Chronic obstructive, pulmonary disease; Lung function; Quality of life; Respiratory symptoms;Smoking cessation; Varenicline</p> <p>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; La función pulmonar; Calidad de</p>	

vida; Los síntomas respiratorios; Dejar de fumar; vareniclina

2. Aportes de contenido

En el estudio se asignaron dos grupos de pacientes con EPOC en estadio leve a moderado para evaluar la efectividad de la vareniclina, en un grupo se les indico el medicamento y en otro grupo placebo, con dosis de 1mg de vareniclina, los cambios se estuvieron midiendo continuamente de acuerdo con resultados de espirometria y del cuestionario clínico de EPOC el cual consistía en evaluar síntomas respiratorios (por ejemplo, dificultad para respirar, tos y producción de flema), con preguntas como estado funcional, por ejemplo, capacidad de subir escaleras, llevar a cabo las tareas del hogar, vestido/lavado de auto o visitar a los amigos.

Los resultados fueron los siguientes:

Vareniclina frente a placebo 42,3% y 8,8%, respectivamente, (OR 8,40 [IC del 95% 4.99e14.14])

Durante las semanas 9 y 12 (P <0,001), 25,8% y 7,2%, respectivamente, (OR 4,88 [IC del 95% 2.75e8.65]) durante semanas 9 y 24 (P <0,001) y el 18,6% y 5,6%, respectivamente, (OR 4,04 [IC del 95% 2.13e7.67]) durante semanas 9 y 52 (P <0.001) 0,5.

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico: El artículo muestra un aporte al análisis de la relación entre dos variables las cuales son: la administración de la vareniclina y el efecto que este tiene sobre los síntomas respiratorios en relación al abandono del tabaco.

En cuanto a la muestra se encuentra rigurosidad puesto que esta se realizó con 343 pacientes lo cual determina una buena calidad de análisis.

Análisis de contenido y conclusiones:

Este estudio muestra un resultado favorable para la disminución de los síntomas de la EPOC y la mejor calidad de vida, ya que al dejar el tabaquismo se demuestran resultados favorables en cuanto al aumento de la FEV (volumen espiratorio forzado). Todo esto se puede evidenciar gracias a la administración de vareniclina, ya que desde la semana 9 se empezaron a ver resultados tras la administración de los broncodilatadores y la mejoría de los síntomas.

Este artículo genera para la investigación, un aporte dirigido al objetivo específico número uno, en cuanto a la efectividad de la vareniclina para reducir los síntomas respiratorios, mostrando efectividad en el abandono del tabaco. El autor muestra una buena adherencia de los pacientes al tratamiento, pero no la adherencia que se esperaría como resultado de la intervención.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 02

1. Datos de identificación del artículo

Título: High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD. Las altas tasas de abandono del hábito de fumar cigarrillos en los sujetos con y sin EPOC	
Autores: Brigitte Willemse; Ivonne Lesman-Leegte; Wim Timens; Dirkje Postma; Nick ten Hacken.	Idioma: ingles
Lugar donde se realizó la investigación: Centro Médico Universitario de Groningen, Universidad de Groningen, Groningen, Países Bajos.	Medio de publicación: Chest. Journal 2005;128(5):3685-3687
	Base de datos: Medline - proquest
Año: 2005	Tipo de estudio de investigación: Cuasiexperimental
Enfoque: Cuantitativo	Técnica estadística:
Población: 63 personas fumadoras	
Muestra: 38 fumadores con EPOC o bronquitis crónica y 25 fumadores sanos fueron incluidos.	
Palabras clave: asymptomatic smokers; COPD; smoking cessation fumadores asintomáticos; EPOC; cesación del tabaco	
2. Aportes de contenido	
Se realizó un programa conductual para el abandono de tabaco en personas fumadoras con y sin EPOC; el cual consistió en nueve reuniones de grupos de 8 a 10 fumadores durante 6 semanas. La duración media de cada reunión fue 2 horas. Este programa se basa en el desarrollo cognitivo-terapia conductual,	

en el que aspectos como la motivación y autoeficacia juegan un papel importante.

La mayoría de las mediciones se llevaron a cabo por el investigador y esta fue otra oportunidad para dar a los participantes extra de asesoramiento/apoyo antes de la cesación de fumar, durante y después del programa.

En total, todos los participantes asistieron a 15 reuniones de grupo para el programa para dejar de fumar, 7 visitas al hospital antes de que el programa se iniciara y 3 visitas al hospital a lo largo del año (después de 2 meses, 6 meses, y 12 meses).

El tiempo de la terapia se dividió así:

Después de la segunda sesión, los sujetos tenían que dejar de fumar. Reuniones 2-6 se usan para guiar los sujetos a través de la proceso de suspensión, mientras que las reuniones 7-9 se utilizan para mantener dejar de fumar y se centran en hacer frente a los efectos secundarios y situaciones difíciles.

Los resultados del estudio fueron los siguientes:

La tasa global de cesación fue de 52%. 16 pacientes con EPOC (42 %) y 17 fumadores asintomáticos (68 %) no fumaba 12 meses después del primer día de cesación. Esto se dedujo por la nicotina urinaria.

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico: El estudio identifica intervenciones cognitivo conductuales y el impacto que esta genera en la deshabituación tabáquica realizando pre test y post test para poder llevar a cabo una comparación estadística y reflejar resultados confiables.

Análisis de contenido y conclusiones:

El estudio llegó a la conclusión que un programa para el abandono del tabaco para los pacientes con EPOC parece tener dos grandes ventajas. En primer lugar, es posible llegar a un inesperado alto las tasas de abandono en un contexto de investigación, y en segundo lugar cumple con la creciente necesidad de los estudios que investigan el efecto de dejar de fumar en la EPOC. Es importante, ya que hay pocos estudios sobre el cese de tabaquismo en la EPOC y los estudios disponibles no tienen centrado en interesantes nuevas variables de resultado para EPOC, tales como frecuencia de las exacerbaciones, el ejercicio la tolerancia, el agotamiento muscular, y la inflamación sistémica.

A los sujetos se les ofreció un alto número de sesiones de grupo realizadas por una enfermera capacitada en orientación para dejar de fumar y una motivación

por parte del investigador. En segundo lugar, se plantea entrevista telefónica de fácil acceso o contactos personales los cuales permiten un apoyo intensivo para persistir en la deshabituación tabáquica.

Este estudio que responde al objetivo específico número uno y número dos de la investigación, muestra que en cuanto a medidas no farmacológicas es importante que el profesional de salud tenga buen acercamiento con el paciente, en donde se lleve a cabo un seguimiento riguroso antes durante y después de las sesiones. El artículo menciona diferentes estudios realizados anteriormente, los cuales no muestran resultados tan satisfactorios como este debido al seguimiento intensivo que se realizó en este estudio.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 03

1. Datos de identificación del artículo

<p>Título: Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial.</p> <p>Cesación del tabaco en pacientes con Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica, controlado con placebo, doble ciego, aleatorizado</p>	
<p>Autores: DP Tashkin, R Kanner, W Bailey, S Buist, P Anderson, MA Nides, D Gonzales, G Dozier, MK Patel, BD Jamerson</p>	<p>Idioma: ingles</p>
<p>Lugar donde se realizó la investigación: 11 centros de División de Medicina Pulmonar y Cuidados Críticos, Departamento de Medicina en los Angeles EE.UU</p>	<p>Medio de publicación: The Lancet, Volumen 357, Número 9268, 19 de mayo de 2001, páginas 1571-1575</p> <p>Base de datos: Science Direct</p>
<p>Año: 2001</p>	<p>Tipo de estudio de investigación: Experimental</p>
<p>Enfoque: cuantitativo</p>	<p>Técnica estadística:</p>
<p>Población: 411 pacientes con EPOC</p>	
<p>Muestra: 404 participaron en el estudio</p>	
<p>Palabras clave: smoking cessation, COPD</p> <p style="text-align: center;">Cesación tabáquica, EPOC</p>	

2. Aportes de contenido

Este estudio se llevó a cabo para medir si la medida farmacológica con el bupropion en pacientes con EPOC estadio I y II era efectiva para dejar el hábito tabáquico. En el estudio se escogieron 200 pacientes a los cuales se les iba a dar el bupropion y otros 204 pacientes a los cuales se les iba a tratar con efecto placebo. Los resultados de este estudio fueron: Las tasas de abstinencia continua desde la semana 4 hasta el final de la semana 7 difirieron significativamente entre los pacientes que recibieron bupropión y los que recibieron placebo ($p = 0,003$). 57 (28%) de los 204 participantes que recibieron bupropión mantuvo en abstinencia en comparación con 32 (16%) de los 200 que recibieron placebo. Pacientes tratados con bupropión también tenían mayores tasas de abstinencia que el placebo los pacientes tratados durante las últimas 4 semanas de tratamiento (45 [22%] frente a 24 [12%], $p = 0,011$).

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico: Los resultados de esta investigación muestran la relación entre la administración de bupropion y la efectividad de este para la disminución del hábito tabáquico, en donde se mostraron resultados favorables, pero no los que se esperarían, ya que no se puede generalizar el efecto en todo los pacientes, teniendo en cuenta que el estudio solo fue realizado en pacientes con EPOC leve a moderado y no en general.

Análisis de contenido y conclusiones:

El artículo menciona que es muy importante una medida farmacológica para que los pacientes con EPOC dejen el hábito tabáquico, muestra mejores resultados en cuanto al uso del bupropion que al no uso del mismo para dejar de fumar. Aunque no muestra en su totalidad la efectividad porque no es mucha la diferencia entre el uso del bupropion y el uso del placebo, puesto que es mucho menos del 50% los pacientes que lograron dejar de fumar con el medicamento.

En cuanto a la investigación el aporte que genera este artículo da respuesta al objetivo específico número dos en cuanto a la implementación de una medida farmacológica para la disminución del consumo de tabaco, en este caso el uso del bupropion, pero no es una medida que muestre una alta efectividad.

RECOMENDACIONES:

No se puede generalizar el efecto del bupropion para todos los pacientes con EPOC, pues este estudio se realizó solo en estadios leve a moderado, se podría sugerir hacer un estudio con pacientes en todos los estadios del EPOC

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA Nº 4

1. Datos de identificación del artículo

Título: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC).

Autores: Grupo de Trabajo de GesEPOC Task Forcé of GesEPOC

Idioma: Español

Lugar donde se realizó la investigación:
España

Medio de publicación: Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58

Base de datos: Science direct

Año: 2010

Tipo de estudio de investigación:
Revisión documental

Enfoque: Cuantitativo

Técnica estadística: Descriptiva

Población: Pacientes con EPOC

Muestra: Revisión documental (11 artículos)

Palabras clave: Paciente, EPOC, intervención, recomendaciones paciente con EPOC

2. Aportes de contenido

El objetivo principal de la guía es proporcionar a los profesionales sanitarios encargados de la asistencia a pacientes con EPOC una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre los problemas que plantea su atención, basados en las distintas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas nombradas en esta guía. El tratamiento integral de la EPOC debe contemplar la intervención terapéutica sobre el tabaquismo como medida prioritaria.

Los aportes que genera esta guía para la investigación, es que muestra de manera más detallada las distintas intervenciones para la cesación tabáquica como lo son: el consejo médico, apoyo psicológico con soporte social, tratamiento farmacológico con medicación de primera línea con dosis y duración adecuadas, la combinación de tratamiento farmacológico con tratamiento no farmacológico como lo es la alimentación, vacunación, manejo nutricional, educación que es un papel importante que deben cumplir los trabajadores de salud mostrándole al paciente las consecuencias de fumar, y los beneficios que tendrá si lo deja de hacer pero teniendo el concepto claro de lo que es el tabaco y conociendo las intervenciones que puede brindarle al paciente y a la familia para que el paciente las aplique y estas tengan una buena efectividad e impacto que se verá reflejado en la salud del paciente.

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico:

Esta investigación muestra las intervenciones que se pueden aplicar haciendo un análisis rigurosa de aquellas que puedan representar una mayor efectividad dando recomendaciones a los profesionales de salud, acerca de las distintas prácticas para intervenir al paciente fumador con EPOC para ayudarlo a que disminuya el hábito. Se revisaron y se analizaron 11 artículos, los cuales van dirigidos al objetivo general de la investigación.

Análisis del contenido y conclusiones: El tabaco es el factor de riesgo más importante para desarrollar EPOC: existen evidencias morfológicas, epidemiológicas y genéticas que así lo avalan. La eliminación del hábito tabáquico es la medida más eficaz en la prevención de esta enfermedad y tiene un impacto determinante en la reducción de la mortalidad. El abandono del tabaco es la medida más eficaz y coste-efectiva en el tratamiento de la EPOC (evidencia alta, recomendación fuerte a favor). Una revisión sistemática apoya el hecho de que la eliminación del tabaco retrasa la pérdida de función pulmonar y mejora la supervivencia, incluso en la EPOC grave¹⁶³. El abandono del tabaco, a cualquier edad, también mejora la respuesta al tratamiento con corticoides inhalados, reduce el riesgo de desarrollar cáncer y enfermedades cardiovasculares, y mejora la salud de los pacientes con EPOC.

Esta guía aporta para la investigación respondiendo a los dos objetivos específicos planteados. El tratamiento del tabaquismo en la EPOC el cual debe comprender dos aspectos importantes: Apoyo psicológico con soporte social, tratamiento farmacológico con medicación de primera línea, según dosis ajustada y duración adecuada.

Teniendo en cuenta que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica y recidivante las intervenciones como lo son el consejo médico ya sea grupal o individualizado, nutrición, actividad física, educación en cuanto al tabaco, riesgos que conlleva y beneficios si deja el hábito, visitas grupales. El

abandono del tabaco, a cualquier edad, también mejora la respuesta al tratamiento con corticoides inhalados los cuales reducen el riesgo de desarrollar cáncer y enfermedades cardiovasculares, y mejora la salud de los pacientes con EPOC mediante la utilización de las redes sociales, que nosotros como profesionales de enfermería podemos poner en práctica para tratar a los pacientes con EPOC, y lograr que estos reduzcan en gran medida el consumo de tabaco para disminuir las complicaciones de la enfermedad como tal. En conclusión a base de la guía el consejo médico individualizado es el que muestra una mayor efectividad desde el momento de la consulta, atreves de la medición con el instrumentó agarre que indica que este cuenta con recomendación tipo A. En los pacientes fumadores con EPOC se recomienda ofrecer consejo médico-psicológico anti tabáquico, además La terapia conductual, en la que se incluye el soporte social, combinada con los tratamientos farmacológicos disponibles, debe utilizarse, en ausencia de contraindicaciones, en aquellos fumadores dispuestos a dejar el consumo de tabaco.

Recomendaciones: Para las próximas investigaciones para desarrollar las guías, se debería tener en cuenta una muestra de población más determinada, y llevar un control por un largo tiempo para evaluar bien la efectividad de la intervención.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 5

1. Datos de identificación del artículo

Título: Tratamiento del tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Autores: Sergio Bello S., Haydee Chamorro R., y Andrea Barrientos R

Idioma: Español

Lugar donde se realizó la investigación:
Este estudio fue realizado en 5 ciudades de la : Ciudad de México, Caracas, Sao Paulo, Montevideo y Santiago y mostró una alta prevalencia de tabaquismo en la, comparándola con Europa y EE.UU.

Medio de publicación: Rev. chil. enferm. respir. vol.29 no.1 Santiago mar. 2013

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482013000100004>

Base de datos: Scielo

Año: 2013

Tipo de estudio de investigación:

Descriptivo

Enfoque: cuantitativo

Técnica estadística:
Descriptiva e inferencial.

Población: Pacientes fumadores con EPOC

Muestra: Grupo de 4.000 fumadores con EPOC comparado con los no fumadores, de las ciudades de México, Caracas, San Paul, Montevideo y Chile

Palabras clave:

EPOC, consumo de tabaco, tratamiento del tabaquismo.
COPD, tobacco use, smoking cessation.

2. Aportes de contenido

Dejar de fumar completamente sigue siendo la estrategia más efectiva para preservar la función pulmonar de los pacientes con EPOC. Por lo tanto, el apoyo a los fumadores con EPOC para que dejen el consumo de tabaco es crucial para el presente y pronóstico de dichos pacientes.

En los pacientes con EPOC, el consumo de tabaco empeora la función pulmonar y al dejar de fumar disminuye la caída del VEF₁ y la mortalidad por todas las causas. No obstante, hay un alto porcentaje que continúa fumando a pesar de la enfermedad debido al alto grado de dependencia, baja motivación para dejar de fumar y asociación con cuadros depresivos y creencias falsas, lo que dificulta los intentos por dejar de fumar y disminuye el éxito de ellos. El tratamiento de los fumadores se basa en dos pilares: intervención psico-social y tratamiento farmacológico.

En pacientes con EPOC la intervención psicosocial debe ser especialmente intensa, orientada a incrementar la motivación y la autoeficacia, se puede utilizar la Entrevista Motivacional. En cuanto a la farmacoterapia, los medicamentos de primera línea son los sustitutos de nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. En los pacientes EPOC la TSN es efectiva, pudiendo combinarse TSN de entrega pasiva con otro de entrega activa. El bupropión ha demostrado una buena relación costo-efectividad y la vareniclina, en pacientes con EPOC leve a moderada, ha sido efectiva. En resumen, las terapias para fumadores con EPOC deben ser más intensas, combinando tratamiento farmacológico y psicosocial y mantenidas en el tiempo para evaluar su efectividad y adherencia, por otra parte podemos ver que el artículo nos proporciona herramientas que permiten que todo el equipo de salud responsable de atender a los pacientes con EPOC participe en el esfuerzo de motivarlos y ayudarlos a dejar de fumar.

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico: Proporciona un aporte significativo en cuanto a las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el paciente fumador con EPOC, en donde se describen diferentes estudios realizados en cuanto apoyo psicosocial y terapia de sustitución de nicotina y la efectividad de cada uno de ellos.

Análisis de contenido y conclusiones: Los aportes que brinda este estudio para la investigación son muy importantes en cuanto a destacar la importancia de la relación entre el EPOC y el hábito de fumar y por qué los pacientes recaen a pesar de llevar un tratamiento. Por otra parte permite evaluar cuáles de las intervenciones aquí propuestas como lo son el tratamiento farmacológico y la intervención psico-social son más efectivas.

La interpretación realizada de los resultados tiene una gran validez en cuanto a su contenido, ya que destacan nuestro objetivo específico que va encaminado a encontrar las estrategias más efectivas en la reducción del consumo de tabaco en pacientes con EPOC.

Recomendaciones: Una de las principales recomendaciones para otras investigaciones es determinar mejor la población a la cual se le va a evaluar la intervención y el tiempo de la misma.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 6

1. Datos de identificación del artículo

Título: Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica	
Autores: Raúl H Sansores, MSc; Oliver Pérez-Bautista, MC Neumól Alejandra Ramírez-Venegas, MSc.	Idioma: Español
Lugar donde se realizó la investigación: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México DF, México.	Medio de publicación: revista de Salud pública Méx vol.52 supl.2 Cuernavaca 2010 Base de datos: scielo Salud pública Méx vol.52 supl.2 Cuernavaca 2010
Año: 2010	Tipo de estudio de investigación: Revisión documental
Enfoque: Cuantitativo	Técnica estadística:
Población: Revisión documental (171 artículos)	
Muestra: 65 artículos	
Palabras clave: Guías de tratamiento; tratamiento para dejar de fumar; tabaquismo guidelines for smoking cessation; tobacco smoking	

2. Aportes de contenido

Este trabajo tiene dos objetivos: primero, determinar cuáles son las recomendaciones actualmente prevalentes en el tratamiento del tabaquismo y, segundo, hacer una revisión de la eficacia de las intervenciones actualmente

disponibles.

Finalmente a partir del análisis de dichos hallazgos, se ofrece una propuesta global, con énfasis en los países latinoamericanos, que considera el aspecto económico de la región. Las intervenciones expuestas en este artículo son:

Terapia de remplazo de nicotina, bupropion, varenicline, tratamiento farmacológico combinado, terapia conductual, terapia grupal, terapia individual.

El aporte de este artículo para la investigación es que describe de una manera clara las distintas alternativas de manejo del paciente con EPOC para dejar de fumar, para que los profesionales de la salud las conozcan y las sepan aplicar, por lo cual se generó una propuesta de tratamiento integral poniendo al consejo médico, ofrecido por cualquier profesional de la salud y a la terapia grupal a través de clínicas de ayuda para dejar de fumar, como los ejes desde los cuales se puede ofrecer no solamente el apoyo conductual, sino el farmacológico. Las opciones que existen de intervenciones farmacológicas se revisaron y se discutieron y la conclusión es que se cuenta con un vasto arsenal con el que el trabajador de salud puede contar.

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico: En esta investigación se seleccionaron 65 artículos de investigación los cuales dan respuesta al objetivo propuesto, los cuales mostraron estadísticas significativas acerca del éxito de las intervenciones no farmacológicas aquí implementadas, que han mostrado una gran adherencia.

La manera de entender el fenómeno mundial del tabaquismo, su crecimiento y su distribución es crucial para poder controlarlo. El tabaquismo es un fenómeno cerebral bioquímico como recientemente se ha demostrado, que resulta, entre otros factores, de la mercadotecnia. Por lo tanto, se requiere tener un enfoque amplio, que tome en cuenta la experiencia y el conocimiento de diversos especialistas, tanto de las ciencias médico-biológicas como de las sociales y económicas, así como de los aspectos económicos de cada región. Por ejemplo, los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en Latinoamérica oscilan entre 6 y 14% de los gastos personales en salud, derivando en altos costos de atención médica y representa un alto costo social por las muertes prematuras que genera en la sociedad. Lo anterior deriva en un empobrecimiento de la sociedad en su conjunto, efecto que se ve más pronunciado en los países en desarrollo, especialmente en los estratos más desfavorecidos.⁴⁰ Esta arista debe considerarse en cualquier propuesta o guía para el tratamiento del tabaquismo.

Esta guía aporta a la investigación al desarrollo de los dos objetivos específicos propuestos, a través de la evidencia que el consejo médico es el de mayor efectividad para el tratamiento del paciente con EPOC para cesación tabáquica, por otra parte también aporta significativamente ya que deja ver que las guías actuales hispanoamericanas aunque parecen claras que el uso de los medicamentos conocidos como de primera línea son los primeros que

deberían recomendarse, no queda claro en qué orden debe ocurrir esta recomendación y prácticamente queda a la decisión del profesional por cual intervención empezar. La única intervención que queda clara en todas las guías y tiene un nivel de evidencia A, es el consejo médico. En este sentido, independientemente de la disponibilidad de medicamentos, el consejo médico y la terapia grupal pueden aplicarse en todos los países.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 7

1. Datos de identificación del artículo

Título: General practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: Impact after 1 year of two complex interventions.

Orientación práctica general para los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica para dejar de fumar: Impacto después de 1 año de dos intervenciones complejas.

Autores: Sander R. Hilberink, Johanna E. Jacobs, Marinus H.M. Breteler, Hein de Vries Richard P.T.M. Grol

Idioma: ingles

Lugar donde se realizó la investigación:
Instituto científico para la calidad de la salud, Universidad de Radboud Holanda.

Medio de publicación: Patient Education and Counseling 83 (2011) 120–124

Base de datos: Science direct

Año: 2010

Tipo de estudio de investigación:
Correlacional

Enfoque: Cuantitativo

Técnica estadística: descriptiva e inferencial

Población: 753 fumadores con EPOC de 9 distritos holandeses

Muestra: 667 pacientes con EPOC

Palabras clave: EPOC; Para dejar de fumar; La medicina general COPD; Smoking cessation; General practice

2. Aportes de contenido

Los dos grupos de intervención se considerarán como una sola en el análisis debido a que eran igualmente efectivas. La intervención basada en educación al paciente a través de un folleto, y una cinta video especialmente desarrollada para fumadores con EPOC que dio como resultado una mayor tasa de éxito significativamente en la percepción subjetiva de cada uno de los pacientes (14,5%) en comparación con la atención habitual brindada por el equipo de

salud desde la consulta (7,4%); odds ratio = 2,1, intervalo de confianza del 95% = 1.1 a 4.1. Bioquímicamente verificado tasas de abandono fueron 7,5% (intervención) y 3,4% (atención habitual); odds ratio = 2,3, intervalo de confianza del 95% = 0,9-6,0. Es decir que el estudio si contribuye a nuestro objetivo específico puesto que nos muestra la efectividad de las intervenciones en la muestra tomada teniendo en cuenta los resultados anterior mente nombrada.

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico: Este estudio se realizó con una muestra de 753 pacientes fumadores con EPOC, lo cual permitió hacer un buen análisis, en cuanto la relación de administración de una medida farmacológica como el bupropion; y la relación de una no farmacológica como la educación a través de folletos y cinta video con el abandono del tabaco.

El objetivo planteado se desarrolló teniendo como mejor resultado la terapia no farmacológica.

Al ser un estudio aleatorizado permite conseguir que los diferentes grupos sean comparables u homogéneos, en el estudio se logró reducir el sesgo del investigador en la asignación de las intervenciones a los grupos y garantizar que los test o cuestionarios estadísticos tuvieran valores de significación estadística válidos.

Los dos grupos de intervención se considerarán como una sola en el análisis debido a que eran igualmente efectivas.

El presente estudio mostró duplicado las tasas de abandono que favorecen una cesación de no fumar protocolo de cesación para los fumadores con EPOC sobre la UC. Después de hacer una comprobación bioquímica, estos efectos se redujeron a valores de significación marginal. Treinta uno estudios han demostrado que los bupropión SR - es una sola ayuda de cesación efectiva. La tasa de éxito en el presente estudio es menor que en otros estudios. Cinco factores que podrían ayudar a explicar esto:

1. Los fumadores con EPOC motivados y desmotivados se incluyeron, otros estudios incluyeron a solo a participantes motivados.
2. La intervención fue menos intensa que en otros estudios debido a la integración en la atención habitual.
3. El estudio no controló el desempeño del protocolo exacto del GP. La formación de los médicos y su equipo podría haber tenido sólo una influencia limitada sobre el comportamiento de la consejería.
4. Las menores tasas de éxito después de la verificación bioquímica fueron en parte causado por el incumplimiento de algunos participantes a los procedimientos de verificación.

El estudio aporta para la investigación de manera significativa en cuanto a la efectividad de dos intervenciones planteadas como lo son la consulta habitual combinada con la no farmacológica en pacientes con EPOC teniendo en cuenta las características de cada uno de los participantes y de la voluntad de cada uno de ellos para dejar de fumar. Los resultados enriquecen la investigación de modo tal que nos muestran que todo va en el poder que tienen los participantes y la voluntad para dejar de fumar y porque muchas de las intervenciones no fallan por ser malas si no porque los pacientes no las cumplen a su totalidad.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 08

1. Datos de identificación del artículo

Título: Programa Educativo en Pacientes Fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Autores: Silvia Guillén Guillén	Idioma: Español
Lugar donde se realizó la investigación: España	Medio de publicación: http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2013/11507/TAZ-TFG-2013-578.pdf
	Base de datos: Google académico
Año: 2013	Tipo de estudio de investigación: Revisión documental
Enfoque: Cualitativo	Técnica estadística: Descriptiva

Población: Artículos publicados de 2003 al 2013

Muestra: 15 Artículos

Palabras clave: Tratamiento EPOC, tabaquismo, tratamiento fumadores.

2. Aportes de contenido

Proporciona conocimientos acerca de la enfermedad, la evolución y manifestaciones clínicas a largo y corto plazo, estudiando el tabaco como principal causa etiológica en los pacientes fumadores con EPOC. Y mediante un programa educativo en Pacientes Fumadores con EPOC, se quiere implementar que el profesional de enfermería puede trabajar a través de la educación sanitaria para alcanzar un nivel adecuado en su autocuidado, superar la falta de adherencia al tratamiento y motivar en el abandono tabáquico. Este programa consta de 4 sesiones teóricas-prácticas, las cuales se realizarán una por semana durante un mes, siendo de una duración total de 4 horas. Se comunicará que la primera sesión será realizada individualmente en la consulta de enfermería tras concretar una cita programada. Se manejará mediante una entrevista clínica, charlas educativas sobre la EPOC, entrevistas personalizadas y la aplicación de test como el de Richmond y el de fagerstrom, todo con el fin de llevar un buen tratamiento así como obtener un adecuado conocimiento de la enfermedad, ayudando a conseguir un control de los síntomas y mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico: Esta investigación realizada mediante una revisión documental de 15 artículos, nos muestra cómo se puede elaborar un programa educativo en pacientes fumadores con EPOC, mediante diferentes herramientas como el test de Richmond, test de fagerstrom y la entrevista clínica para llegar a un resultado positivo en cuanto al abandono o cesación del tabaco.

Análisis de contenido y conclusiones:

Este trabajo de grado muestra las revisiones bibliográficas que hace el autor acerca del paciente fumador con enfermedad pulmonar crónica y propone una estrategia no farmacológica como lo es el plan educativo del cual se pretende ser manejado por el profesional de enfermería en especial, para la deshabitualización del tabaco. Pero no se realizan pruebas para verificar si es efectivo o no este plan educativo.

FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA N° 09

1. Datos de identificación del artículo

Título: Effect of 1-year smoking cessation on airway inflammation in COPD and asymptomatic smokers

Efecto de dejar de fumar en la inflamación de las vías respiratorias en la EPOC y los fumadores asintomáticos durante un año

Autores:

Idioma: Ingles

Lugar donde se realizó la investigación:

Países Bajos

Medio de publicación: European respiratory journal November 2005 Volume 26 Number 5

Base de datos:

Año: 2005

Tipo de estudio de investigación:

Experimental

Enfoque: Cuantitativo

Técnica estadística:

Población: Pacientes con EPOC fueron reclutados de acuerdo con los criterios de la European Respiratory Society (ERS)

Muestra: Un total de 63 participantes fueron incluidos en el estudio

Palabras clave: Dejar de fumar, Epoc, tabaquismo, tratamiento, sintomático asintomático

2. Aportes de contenido

Con el fin de investigar el efecto de dejar de fumar en la inflamación de las vías respiratorias con más detalle en los fumadores con EPOC y los fumadores asintomáticos con función pulmonar normal, los presentes autores llevaron a cabo un programa para dejar de fumar de 1 año.

Antes, durante y después se recogieron muestras de esputo este programa a partir de los que habían dejado de fumar con éxito. Además, las biopsias

bronquiales fueron recolectadas antes y de 1 año para dejar de post-fumadores.

Obteniendo como resultado la disminución significativa de los síntomas y mejoramiento de su función pulmonar

3. Análisis metodológico, de contenido y conclusiones.

Juzgamiento metodológico:

Esta investigación, en sus resultados muestra claramente los beneficios que tiene la cesación de tabaquismo durante un año teniendo en cuenta que la tasa de éxito general del presente programa para dejar de fumar fue de 52 % después de 1 año sin fumar.

También nos muestra que los autores buscan en las relaciones de causa-efecto teniendo en cuenta que se realizó un seguimiento y acompañamiento durante un periodo de tiempo que les permitió ver la evolución de la enfermedad.

Análisis de contenido y conclusiones:

Los fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los fumadores asintomáticos con normalidad la función pulmonar responden de manera diferente a la de 1 año para dejar de fumar con respecto a la inflamación de las vías respiratorias inducida por el humo. Varios aspectos de la inflamación de las vías respiratorias disminuyeron en fumadores asintomáticos con función pulmonar normal, mientras que persistió, o incluso aumentar, en algunos aspectos en los fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se observaron la mayoría de los cambios en el esputo, los macrófagos, eosinófilos y la interleucina disminuyeron significativamente en los fumadores asintomáticos mientras que los neutrófilos, linfocitos, aumentaron significativamente los niveles de proteína catiónicos eosinofílica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica interleucina.

Los autores sugieren que la persistencia de la inflamación observada en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede ser, al menos en parte, relacionada con la reparación del daño tisular inducida por el humo en las vías respiratorias. Queda por dilucidar qué parte de los hallazgos inflamatorios observados son beneficiosos y cuáles son perjudiciales.