

AUTORES

Rubén Martínez Gutiérrez¹¹ Enfermero,
Complejo Asistencial Universitario
de León

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ Complejo Asistencial Universitario
de León
Altos de Nava s/n,
24071, León, España.

☎ +34

@ leonsanitario@gmail.com

BINOMIO

TABACO-COLITIS ULCEROSA, QUÉ SE CONOCE Y CÓMO SE ACTÚA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

BINOMIAL TOBACCO-ULCERATIVE COLITIS, WHAT IS KNOWN AND HOW TO ACT: A DESCRIPTIVE STUDY

RESUMEN

Introducción

Bajo el concepto de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se engloban diversas patologías como la Colitis Ulcerosa (CU). Investigaciones realizadas señalan una evolución de la CU de una manera más benévola por el hecho de fumar, sin saber a qué es debido. El objetivo de este estudio ha sido determinar conocimientos y actitudes que poseen los pacientes afectados de CU en relación a los efectos del tabaco sobre su enfermedad.

Metodología

Se planteó un estudio descriptivo transversal. Para llevar a cabo la investigación se diseñó un cuestionario ad hoc. Dicho cuestionario fue administrado a integrantes de la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de León (ACCU-León). El cuestionario se componía de 29 ítems agrupados en diversos epígrafes. El análisis estadístico correspondiente se realizó a través del programa informático IBM SPSS 23.0. Para validar las diferencias como estadísticamente significativas debía arrojar un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Se reclutaron 32 participantes. Con respecto a las características sociodemográficas un 56,3% eran mujeres, un 59,4% vivían en ámbito urbano y un 34,4% mostraba, como nivel educativo, estudios de tipo universitario. Sobre las características de la CU un 59,4% hacía menos de 15 años que estaban diagnosticados, y "casi todo el colon", con un 62,5%, resultó ser la localización predominante. En relación al hábito tabáquico un 18,8% se declararon fumadores, un 37,5% no fumadores, y un 43,7% ex fumadores. La opción "empeora la CU", al hablar del tabaco, fue respondida por un 21,9%. Contestó un 59,4% que los profesionales sanitarios no habían informado sobre el efecto del tabaco en la CU.

Conclusiones

De los resultados analizados se puede extraer, por un lado, el hecho de que los enfermos no saben cómo influye el tabaco en la CU, y por otro que más de la mitad de los profesionales sanitarios no informaron sobre las implicaciones de fumar con respecto a su enfermedad. Es preciso por tanto insistir tanto en la información como en la capacitación de los pacientes y profesionales sanitarios.

ABSTRACT

Introduction

Under the concept of Inflammatory Bowel Disease (IBD) various pathologies are included such as Ulcerative Colitis (UC). Research carried out indicates an evolution of UC in a more benevolent way due to smoking, without knowing what it is due to. The objective of this study has been to determine knowledge and attitudes that patients with UC have in relation to the effects of tobacco on their disease.

Methodology

A cross-sectional descriptive study was proposed. An ad hoc questionnaire was designed to carry out the investigation. This questionnaire was administered to members of the Association of Crohn's Patients and Ulcerative Colitis of León (ACCU-León). The questionnaire consisted of 29 items grouped into various headings. The corresponding statistical analysis was performed through the IBM SPSS 23.0 software. To validate the differences as statistically significant, a value of $p \leq 0.05$ should be given.

Results

32 participants were recruited. Regarding socio-demographic characteristics, 56.3% were women, 59.4% lived in urban settings and 34.4% showed, as an educational level, university-type studies. Regarding the characteristics of UC, 59.4% had been diagnosed for less than 15 years, and "almost the entire colon", with 62.5%, proved to be the predominant location. In relation to smoking, 18.8% declared themselves smokers, 37.5% non-smokers, and 43.7% ex-smokers. The "worsening CU" option, when talking about tobacco, was answered by 21.9%. 59.4% answered that health professionals had not reported the effect of tobacco on UC.

Conclusions

From the analyzed results can be extracted, on the one hand the fact that the patients do not know how tobacco influences the UC, and on the other hand that the health professionals did not inform about the implications of smoking with respect to their disease. It is therefore necessary to insist on both the information and the training of the patients and healthcare professionals.

PALABRAS CLAVE

Colitis Ulcerosa, fumar, hábito tabáquico, tabaco, Enfermedad Inflamatoria Intestinal

KEYWORDS

Ulcerative Colitis, smoking, tobacco, tobacco use, Inflammatory Bowel Disease



ESTE ESTUDIO FUE APROBADO POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL ÁREA DE SALUD DE LEÓN

INTRODUCCIÓN

Dentro de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se encuadran dos entidades nosológicas, la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Ambas poseen una serie de peculiaridades comunes y otras características diferenciadoras. Cabe reseñar, sobre las comunes, la inflamación que producen dentro del tubo digestivo, además de su cronicidad, tendencia a no curarse y una evolución en forma de brotes (períodos de exacerbación y períodos de remisión). Como diferencias la más destacable es la región anatómica afectada (que incluye cualquier parte del tubo digestivo, en el caso de la EC, pero se limita al intestino grueso en la CU), existiendo otras como las que se producen a nivel histológico.

Otra peculiaridad que describe a estas dos entidades de la misma manera es su carácter idiopático. Han sido multitud las hipótesis generadas con el fin de conocer, entender e intentar curar a estos pacientes, todas infructuosas hasta ahora. Se cree que la afectación de unos pacientes con respecto a otros es debida a la carga genética, de forma que los cambios iniciados a nivel del tracto digestivo son consecuencia de algún agente desconocido (microorganismos¹, componentes de la dieta^{2,3}...) causando una reacción inflamatoria en la zona de diversa intensidad que acabará provocando un tipo u otro de lesión según la enfermedad de la que se trate.

Queda patente, por tanto, el carácter multifactorial y multidimensional de ambas patologías. En su génesis y desarrollo se ven implicadas varias dimensiones: la genética, el medio ambiente, los estilos de vida... Conformando parte de esta última surge un elemento muy polémico en la sociedad actual, y asentado desde hace generaciones, el hábito tabáquico.

La bibliografía consultada arroja datos muy contradictorios sobre cómo afecta el hecho de fumar a estas enfermedades, reflejando tanto los efectos del inicio, o continuación, como los de su abandono. De una forma sucinta, refiriéndose a la EC, ésta presenta un mayor riesgo de desarrollo y una peor evolución entre aquellos que fuman⁴⁻⁷. Del mismo modo los parámetros evolutivos de la misma también se ven afectados, pudiendo observarse una creciente

cuantía, en referencia al número de brotes, lo que conlleva un aumento, y dependencia, de algunos medicamentos como los esteroides para intentar controlarla⁸.

Por contra, al hablar de la CU puede apreciarse como el hábito tabáquico pudiera poseer cierto efecto de protección, de tal forma que el riesgo de padecerla es mayor en aquellos que son ex fumadores o no fumadores⁹. Si se analizan las exacerbaciones, y el aumento aparejado de medicación que las acompaña, la acción de fumar mitiga ambos parámetros disminuyendo tanto los ingresos como los fármacos utilizados^{10,11}.

Las vías a través de las cuáles actúa el tabaco produciendo tales efectos, en cierta medida contradictorios, en las variantes de EII aún hoy permanecen ocultas, a pesar de las múltiples investigaciones planteadas. Por un lado, se ha barajado la nicotina¹², o el monóxido de carbono, si bien éstos son apenas un par de compuestos de los que contiene el tabaco; asimismo el/los causante/s actuará/n, seguramente, a diversos niveles. Sobre el empleo de la nicotina varias investigaciones la han aplicado de diversas formas, por ejemplo, a través de parches¹³⁻¹⁵ o enemas^{16,17}, aunque si se ha comprobado que la nicotina no puede competir con tratamientos más contrastados como son, por ejemplo, los corticoides¹⁸, que resultan más efectivos.

Los efectos mencionados y la posibilidad terapéutica que el hecho de fumar implicaría en el control y evolución de la CU hace necesario estudiar qué conocen los pacientes aquejados de CU sobre el uso del tabaco en su enfermedad y cómo emplean tal posibilidad (si es que la emplean). Por tanto, el objetivo principal de este estudio ha sido deter-

minar los conocimientos y actitudes que poseen los pacientes afectados de CU en relación a los efectos del tabaco sobre su enfermedad. Asimismo, se proponen como objetivos específicos pormenorizar el hábito tabáquico en pacientes diagnosticados de CU, delimitar si estos pacientes saben cómo influye el tabaco en su enfermedad y detallar si la conducta de fumar es empleada como forma de control de la CU.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal donde se analizó el tabaquismo en pacientes afectados de CU, sus factores asociados, y si el hecho de fumar es empleado por los pacientes para mejorar y/o controlar su enfermedad.

CONTEXTO

La zona geográfica de estudio comprendió el Área de Salud de León. El hospital de referencia de la misma es el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). En él se realizan tanto los diagnósticos como las revisiones de los pacientes afectados de alguna de las variantes de la EII.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de León con fecha veinticuatro de mayo de dos mil dieciséis.

INSTRUMENTO

En la búsqueda bibliográfica no se halló instrumento alguno validado, que sirviera de base para a la recogida de datos. De esta manera hubo de generarse un cuestionario *ad hoc* autoadministrado que facilitara la obtención de los datos que posteriormente serían analizados.

El cuestionario creado se componía de un total de 29 ítems clasificados en diversos apartados. En primer lugar, se obtenía información relativa a características sociodemográficas y propias de la enfermedad. En un segundo momento fueron contempladas preguntas sobre el conocimiento que los pacientes afectados de CU tenían acerca del efecto del tabaco en la enfermedad. En el tercer bloque de preguntas se recababa información sobre el hábito tabáquico como ex fumador. En el último bloque de preguntas se interpellaba sobre el hábito activo de los sujetos fumadores y se concluía con dos test

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS			
VARIABLE	CLASE	N/N	%
Sexo	Hombre	14/32	43,7%
	Mujer	18/32	56,3%
Ámbito de Residencia	Rural	13/32	40,6%
	Urbano	19/32	59,4%
Nivel Educativo	Primaria o Secundaria	12/32	37,5%
	Bachillerato o FP	9/32	28,1%
	Universitario	11/32	34,4%
	Media	DT	Rango
Edad (años)	49,8	12,6	19-72

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CU			
VARIABLE	CLASE	N/N	%
Años desde el diagnóstico de CU ¹	0-15	19/32	59,4%
	>15	13/32	40,6%
Partes de intestino afectas ¹	Parte Izquierda Colon	12/32	37,5%
	Casi todo el Colon	20/32	62,5%
Ingresos debidos a la CU	Si	21/32	65,6%
	No	11/32	34,4%
Brotos durante el último año ¹	Si	13/32	40,6%
	No	19/32	59,4%

¹Significación estadística según edad (p<0,05)

utilizados ampliamente en investigaciones sobre el tabaco: el Test de Fagerström (mide el nivel de dependencia a la nicotina) y el Test de Richmond (mide la predisposición a dejar de fumar). Los bloques tercero y cuarto sólo eran respondidos en caso de ser ex fumador o fumador.

Al tratarse de un cuestionario ad hoc éste debía poseer validez de contenido y ser comprensible para los participantes. Para asegurar ambas cualidades se constituyó un grupo de expertos. Los integrantes del grupo fueron un profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León, una enfermera y dos pacientes que padecían CU. El profesor y la enfermera se encargaron de la forma y contenido del cuestionario, mientras que los pacientes valoraron la comprensibilidad y facilidad de respuesta del mismo. Cada miembro del grupo aportó las consideraciones pertinentes que acabaron conformando la versión final del cuestionario.

VARIABLES

Las variables analizadas pueden dividirse, por un lado, en caracterizadoras de la muestra (edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia y nivel de estudios) y por otro en caracterizadoras de la enfermedad (años con diagnóstico de CU, parte/s intestinal/es afecta/s, número de brote/s, número de ingreso/s, tratamiento/s actual/es y tratamiento/s pasado/s).

Las variables dependientes se co-

respondieron con: caracterización del hábito tabáquico, conocimientos de los efectos del tabaco sobre la CU y su actitud frente a él, y comportamientos de los profesionales de la salud en relación al tabaco y la CU.

MUESTRA

Para seleccionar la muestra se empleó metodología no probabilística mediante selección intencional. Con tal fin se contactó con la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de León (ACCU León) a fin de plantearles el objeto del estudio. Tras el planteamiento se solicitó la colaboración de la Entidad en el reclutamiento de los posibles participantes.

Los criterios de selección e inclusión en el estudio fueron dos: padecer CU (diagnosticada en base a criterios radiológicos, endoscópicos y/o anatomopatológicos) y ser miembro de ACCU León. Fueron excluidos aquellos que no poseían confirmación de su diagnóstico.

El período de recogida de datos englobó desde el 1 de Abril hasta el 31 de Mayo de 2016. Durante el mismo se enviaron copias del cuestionario entre los sujetos que cumplían los criterios de inclusión mediante correo electrónico. En el mismo se adjuntaron dos tipos de archivos. El primero contenía la información relativa al propósito de la investigación, y a su vez servía de formulario de Consentimiento Informado para la participación en la misma. En segundo lugar, se adjuntó el cues-

tionario a cumplimentar y que debía devolverse a la dirección de e-mail indicada. Del mismo modo se facilitó un teléfono de contacto en aras de solucionar cualquier duda que pudiera surgir. Con el fin de facilitar la entrega de los cuestionarios, y resolver personalmente las dudas que surgieran también se implementó la posibilidad de acudir a la sede de la Asociación durante las tardes en horario de 17 a 19 horas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida del cuestionario se registró en una base de datos creada con el programa informático IBM SPSS (versión 23.0). Dicho programa se empleó en la realización del análisis estadístico correspondiente. Por un lado, en la valoración de posibles asociaciones entre variables de aspecto cualitativo, se empleó la prueba de Chi-cuadrado. Por otro lado, se utilizaron la t de Student o ANOVA para las posibles asociaciones entre una variable de tipo cuantitativo y otra de tipo cualitativo. Cuando no fue posible el empleo de los estadísticos descritos se utilizaron test no paramétricos (Test de Fisher para variables cualitativas y U de Man Withney o Kurskall-Wallis si una variable era cualitativa y otra cuantitativa).

Se declararon diferencias significativas cuando la probabilidad de error tipo I resultó igual o menor del 5%. Ello se corroboró mediante el uso de la p de Pearson (con un valor $p \leq 0,05$ para esa probabilidad).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Entre los participantes un 56,3% resultaron ser mujeres, un 59,4% tenía como ámbito de residencia el urbano y un 34,4% refenciaba un nivel educativo correspondiente con estudios de tipo universitario. La edad media de los sujetos se situó en 49,8 años (con una DT= 12,6 con mínimo de 19 y máximo de 72).

En la **tabla 1** se recogen las características sociodemográficas de los participantes.

CARACTERÍSTICAS DE LA COLITIS ULCEROSA DE LOS SUJETOS

Éstas se analizaron en función de la edad, el sexo, el nivel educativo y el ámbito de residencia. El 59,4% de los participantes habían sido diagnosticados de CU hacia menos de 15 años, predominando la localización "casi todo el colon" en un 62,5% de los encuestados. El 65,6% indicó haber ingresado alguna vez mientras que el 59,4% manifestó no haber padecido durante el último año brote alguno.

La edad resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en relación a los años desde el diagnóstico, las partes afectas, y los brotes durante el último año. De esta forma resultaron ser más jóvenes aquellos con menos de 15 años de diagnóstico (44,7 vs 57,2), los que presentaban afectación total del colon (46,4 vs 55,4) y los que habían padecido brotes durante el último año (44,7 vs 53,4). Los datos completos se presentan en la **tabla 2**.

En la **tabla 3** se referencian los tratamientos que, o bien toman, o bien han tomado los pacientes diagnosticados de CU. El análisis bivariado se ha ejecutado en función de edad, sexo, brotes durante el último año, años desde el diagnóstico, e ingresos debidos a la CU.

Sobre los tratamientos actuales emplea Mesalazina vía oral (VO) un 40,6%; un 25% utiliza tratamientos tópicos (enemas, supositorios, espumas), encontrándose, en base a los brotes durante el último año, diferencias estadísticas de forma que no han padecido brotes el 89,5% de los pacientes que no utilizan trata-

mientos tópicos; el uso de inmunosupresores (Imurel o mercaptopurina) se sitúa en un 31%, mostrando diferencias estadísticamente significativas en función de los años desde el diagnóstico, así los que no los usan llevan más de 15 años con el diagnóstico de CU. Respondieron no saber qué medicación emplean un 15% de los sujetos.

Con respecto a tratamientos pasados, más de la mitad ingirió corticoides VO y utilizó tratamientos tópicos. La significación estadística en función de los ingresos debidos a la CU, en cuanto a los corticoides se refiere, resultó con una $p < 0,01$, de tal forma que el 100% de los encuestados que padecieron algún ingreso hospitalario fueron tratados con corticoides VO.

CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR

El 18,8% se manifestó fumador, un 37,5% señaló no fumar, y un 43,7% describió ser ex fumador. Según la edad los no fumadores mostraron un promedio de edad inferior encontrándose diferencias significativas.

Las categorías de fumador y ex fumador proceden a describirse estratificadas en función de edad, sexo, tratamientos pasados y actuales y años desde el diagnóstico de la CU.

FUMADORES

El 50% afirmó ser fumador desde hacía más de 15 años. Un 66,7% reseñó haber tenido intención de cesar el hábito en alguna ocasión, manifestando que asistiría a consulta especializada para lograrlo. La dependencia a la nicotina resultó baja según el test de Fagerström (media=3,2 puntos; DT= 1,7 con mínimo de 1 y máximo de 5); por contra la motivación para dejar de fumar resultó moderada según el test de Richmond (media=5,5 puntos; DT= 2,7 con mínimo de 0 y un máximo de 7) (**Tabla 4**).

EX FUMADORES

Un 64,3% indicó que abandonó la conducta de fumar transcurridos más de 15 años. El consumo superaba las 20 unidades (cigarrillos, puros...) al día en la mitad de los ex fumadores. Un 50% de los pacientes que dejaron de fumar lo consiguieron sin ningún medio; por contra un 21,5% empleó alguna ayuda (chicles, parches o medicamentos).

CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS DEL TABACO EN LA CU

Se estratificaron resultados en función de la edad, sexo, nivel de educación, explicación por parte del profesional sanitario sobre el efecto del tabaco en la CU y las recomendaciones del profesional acerca del

TABLA 3. TRATAMIENTOS SEGUIDOS POR LOS PACIENTES ANALIZADOS

TRATAMIENTO		ACTUALMENTE		ALGUNAS VECES	
		N/N	%	N/N	%
Mesalazina VO	Si	13/32	40,6%	28/32	87,5%
	No	19/32	59,4%	4/32	12,5%
Tratamientos Tópicos	Si	8/32	25,0%	21/32	65,6%
	No	24/32	75,0%	11/32	34,4%
Corticoides VO	Si	2/32	6,3%	28/32	87,5%
	No	30/32	93,7%	4/32	12,5%
Imurel o Mercaptopurina VO	Si	10/32	31,3%	18/32	56,2%
	No	22/32	68,7%	14/32	43,8%
Ciclosporina VO	Si	-----	-----	9/32	28,1%
	No	32/32	100,0%	23/32	71,9%
Metrotexate SC	Si	3/32	9,4%	3/32	9,4%
	No	29/32	90,6%	29/32	90,6%
Fármacos Biológicos IV o SC	Si	14/32	43,8%	11/32	34,4%
	No	18/32	56,2%	21/32	65,6%
NS/NC		5/32	15,6%	1/32	3,1%

¹Significación estadística según brotes durante el último año ($p < 0,05$)

²Significación estadística según años desde el diagnóstico ($p < 0,01$)

³Significación estadística según ingresos debidos a la CU ($p < 0,01$)

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES FUMADORES

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Años de fumador/a	0-15	3/6	50,0%
	>15	3/6	50,0%
Intención dejar de fumar	Muchas veces	2/6	33,3%
	Alguna vez	4/6	66,7%
¿Acudiría a consulta especializada?	Si	4/6	66,7%
	No	2/6	33,3%
	MEDIA	DT	RANGO
Test de Fagerström	3,2	1,7	1-5
Test de Richmond	5,5	2,7	0-7

TABLA 5.
GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TABACO Y CU

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Conocimiento efectos del Tabaco en la CU	Empeora la CU	7/32	21,9%
	Mejora la CU	9/32	28,1%
	No influye en la CU	1/32	3,1%
	NS/NC	15/32	46,9%
Empleo del Tabaco como mejora de la CU	Si, fumo por esa razón	1/32	3,1%
	No, pero no lo descarto	7/32	21,9%
	No, debido a sus otros inconvenientes	24/32	75,0%

TABLA 6.
ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Explicación del profesional sobre efectos Tabaco en CU	Si	13/32	40,6%
	No	19/32	59,4%
Recomendación del profesional sobre cese hábito	Siempre	9/32	28,1%
	Nunca	18/32	56,3%
	Alguna vez	5/32	15,6%

abandono de la conducta de fumar. Sobre la influencia del tabaco en la CU un 28,1% señaló la opción de "mejora la CU", mientras que un 21,9% creía que "empeora la CU". La opción terapéutica del empleo del tabaco fue contemplada por un 21,9%. La **Tabla 5** recoge las respuestas a ambas cuestiones.

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Respondió positivamente un 40,6% a la cuestión sobre si su enfermera/o y/o médico le habían informado acerca de los efectos que puede tener el tabaco en la CU. También se interpeló sobre si su médico y/o enfermera/o le han recomendado abandonar el hábito tabáquico, a lo que un 28,1% contestó afirmativamente. No se observaron diferencias en la estratificación en función de edad, nivel educativo, sexo o hábito tabáquico activo.

La **tabla 6** representa las contestaciones a ambas preguntas.

DISCUSIÓN

Esta investigación ha intentado delinear las características de pacientes aquejados de CU buscando además analizar la relación que presentan con el tabaco. Evaluar los conocimientos que poseen estos pacientes sobre el hábito tabáquico, la influencia que éste tiene en la enfermedad y el uso terapéutico que de él hacen fueron algunas de las cuestiones examinadas.

En relación a la distribución de los encuestados, en las variables sexo y nivel educativo apenas se hallaron diferencias; sin embargo, si se apreciaron en el ámbito de residencia. En el estudio de Carpio et al¹⁹ se indica que el factor geográfico (residencia en costa vs interior, zona

urbana vs zona rural) puede influenciar aspectos como la prevalencia de la EII. En el presente estudio, al no detectar significación estadística no puede concluirse que esta variable posea influencia.

Casi dos tercios de los encuestados refirieron haber ingresado en alguna ocasión debido a su enfermedad. Similares resultados se hallaron en la bibliografía, detectando, en la EII, que las tasas de hospitalización tienden a aumentar en ambos sexos, si bien este incremento es mayor en los varones afectados de CU²⁰. Sin embargo, los datos recogidos en este estudio no permitieron hallar diferencias significativas al comparar los ingresos debidos a la CU con la variable sexo.

La localización "casi todo el colon" (62,5%) fue reseñada como la principal región intestinal afecta. Existe una marcada diversidad en relación al segmento/s afectado/s, detectándose estudios en los que varían desde un 50% de pancolitis en el artículo de Bosques-Padilla²¹, hasta un 36% en el de Rodrigo²². En aras de comprobar si tales diferencias son ciertas sería interesante llevar a cabo investigaciones diseñadas de manera análoga.

En relación a los tratamientos casi 9 de cada 10 participantes indicaron haber consumido corticoides por vía oral en el pasado. Este dato coincide con la amplia evidencia existente sobre el empleo de determinados grupos farmacológicos en el control y tratamiento de la CU. Así, a día de hoy, el uso de los corticoides, aún siendo una de las estrategias terapéuticas más antiguas, continúa como una de las más utilizadas en brotes de actividad moderada o grave²³.

Entre la bibliografía consultada en un estudio²⁴ se observó que el porcentaje de no fumadores era de un 62,5% mientras que en la presente investigación los resultados indican que apenas una tercera parte de los participantes son no fumadores. Esta diferencia de resultados puede hacer pensar que el tamaño de la presente investigación influya en tal diferencia, debiéndose incrementar el número de participantes para corroborarlo.

El mencionado hecho del tamaño muestral puede ser también la explicación a las discrepancias encontradas, con otras investigaciones, en la categorización de los integrantes de este estudio en relación a su conducta de fumar. De este modo presenta valores de test de Fagerström coincidentes en rango, pero no en media con otras investigaciones²⁵.

Cabe reseñar que casi la mitad de los encuestados responde NS/NC al preguntarles por los conocimientos que poseen acerca de los efectos que el tabaco tiene en la CU. Los profesionales deberían analizar qué tipo de información transmiten. En esta línea el artículo²⁶ de Ducharme-Bénard indica que la segunda opción a la hora de recabar información, con casi un 30%, es Internet, lo que explicaría que el 75% de los participantes indicaran que no emplearían, como terapia, el tabaco debido a sus otros inconvenientes.

El hecho de la búsqueda de información en la Web puede obedecer, según el 60% de los participantes, a que no han sido informados por su profesional sanitario de referencia. El querer saber va aparejado a un diagnóstico, y más si éste se trata de una enfermedad crónica como la CU. Ducharme-Bénard²⁶ indica, principalmente, al especialista en

Aparato Digestivo, así como a otros profesionales de la salud, como origen de la información acerca de los efectos del tabaco en la CU. Futuras líneas de investigación deberían centrarse en evaluar la información e intervenciones que se realizan actualmente.

Este cambio de paradigma hacia más y mejor información invertirá datos como los recabados en este estudio, coincidentes con otras investigaciones²⁷ sobre nivel de conocimientos, consolidando las buenas prácticas de los profesionales. Este aspecto es clave, como refleja la bibliografía consultada, donde se recoge que la mitad de los pacientes están concienciados sobre los efectos del tabaco en la EII²⁶. Otras investigaciones aseveran que los pacientes afectados de EC están mejor informados que los de CU si bien la concienciación aún es limitada²⁵.

Empoderar al paciente aquejado de CU desde el trabajo de los profesionales, ese es uno de los futuros objetivos. Para ello la necesidad de unidades multidisciplinarias, consideradas vitales según algunos

autores²⁷, como las existentes en diversos lugares del mundo, incluidas las de España, por ejemplo, la de León. Entre las integrantes de las mismas una figura clave es Enfermería, la cual obtiene muy buenos resultados, incluso desde el aspecto económico²⁸.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se hace necesario plantear ulteriores proyectos que permitan averiguar el grado de formación que requieren los pacientes aquejados de CU. Asimismo, es importante diseñar nuevos estudios que aporten datos acerca de la información transmitida por los profesionales. El empleo de diferentes recursos, como las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) permitirán nuevas intervenciones para aumentar el conocimiento. Y, como no, imprescindible corroborar el papel de la Enfermería dentro de las unidades monográficas de EII.

LIMITACIONES

Las principales limitaciones han sido la falta de un cuestionario va-

lido, la dimensión de la muestra, y la imposibilidad de extrapolación de resultados fuera del universo muestral.

CONCLUSIONES

Se puede concluir sintetizando una serie de aspectos como son el desconocimiento del efecto del tabaco en el desarrollo y la evolución de la CU, la desinformación sobre los efectos del tabaco en la CU por parte de los profesionales sanitarios, la predisposición del abandono del hábito tabáquico entre los fumadores y la importancia de las unidades monográficas de atención a la EII en la mejora de los déficits formativos/informativos, siendo la Enfermería piedra angular de las mismas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer encarecidamente su colaboración, disposición y buenos consejos a la Unidad de Enfermedad Inflamatoria del Complejo Asistencial Universitario de León, y a AC-CU-León, a través de su presidente José Antonio, sin cuya valiosa y desinteresada colaboración no hubiera podido llevarse a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

- Pierce ES. Ulcerative colitis and Crohn's disease: is *Mycobacterium avium* subspecies paratuberculosis the common villain? *Gut Pathol.* 2010;2(1):21.
- de Silva PSA, Olsen A, Christensen J, Schmidt EB, Overvaad K, Tjonneland A, et al. An association between dietary arachidonic acid, measured in adipose tissue, and ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 2010;139(6):1912-7.
- Wang Y-F, Ou-Yang Q, Xia B, Liu L-N, Gu F, Zhou K-F, et al. Multicenter case-control study of the risk factors for ulcerative colitis in China. *World J Gastroenterol.* 2013 Mar 21;19(11):1827-33.
- de Barros K, Flores C, Harlacher L, Francesconi C. Evolution of Clinical Behavior in Crohn's Disease: Factors Associated with Complicated Disease and Surgery. *Dig Dis Sci.* 2017;62(9):2481-2488.
- Zeitj J, Fournier N, Labenz C, Biedermann L, Frei P, Misselwitz B, et al. Risk Factors for the Development of Fistulae and Stenoses in Crohn Disease Patients in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Inflamm Intest Dis.* 2016;1(4):172-81.
- Kayar Y, Baran B, Ormeci A, Akyuz F, Demir K, Besisik F, et al. Risk factors associated with progression to intestinal complications of Crohn disease. *Chin. Med. J. (Engl).* 2019;132(20):2423-2429.
- Lovasz BD, Lakatos L, Horvath A, Szita I, Pandur T, Mandel M, et al. Evolution of disease phenotype in adult and pediatric onset Crohn's disease in a population-based cohort. *World J Gastroenterol.* 2013;19(14):2217-26.
- Alexakis C, Saxena S, Chhaya V, Cecil E, Majeed A, Pollok R. Smoking Status at Diagnosis and Subsequent Smoking Cessation: Associations With Corticosteroid Use and Intestinal Resection in Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(11):1689-700.
- Bastida G, Beltrán B. Ulcerative colitis in smokers, non-smokers and ex-smokers. *World J Gastroenterol.* 2011 Jun 14;17(22):2740-7.
- Cosnes J. Tobacco and IBD: relevance in the understanding of disease mechanisms and clinical practice. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18(3):481-96.
- van der Heide F, Dijkstra A, Albersnagel FA, Kleibeuker JH, Dijkstra G, Somerville KW, et al. Active and passive smoking behaviour and cessation plans of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Crohns Colitis.* 2010 Jun;4(2):125-31.
- McGilligan VE, Wallace JMW, Heavey PM, Ridley DL, Rowland IR. Hypothesis about mechanisms through which nicotine might exert its effect on the interdependence of inflammation and gut barrier function in ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2007 Jan;13(1):108-15.
- McGrath J, McDonald JWD, Macdonald JK. Transdermal nicotine for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane database Syst Rev.* 2004;(4):CD004722.
- Head KA, Jurenka JS. Inflammatory bowel disease Part 1: ulcerative colitis-pathophysiology and conventional and alternative treatment options. *Altern Med Rev.* 2003 Aug;8(3):247-83.
- Sandborn WJ, Tremaine WJ, Offord KP, Lawson GM, Petersen BT, Batts KP, et al. Transdermal nicotine for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med.* 1997 Mar 1;126(5):364-71.
- Ingram JR, Routledge P, Rhodes J, Marshall RW, Buss DC, Evans BK, et al. Nicotine enemas for treatment of ulcerative colitis: a study of the pharmacokinetics and adverse events associated with three doses of nicotine. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Oct 15;20(8):859-65.
- Green JT, Thomas GA, Rhodes J, Williams GT, Evans BK, Russell MA, et al. Nicotine enemas for active ulcerative colitis--a pilot study. *Aliment Pharmacol Ther.* 1997 Oct;11(5):859-63.
- Thomas GA, Rhodes J, Ragunath K, Mani V, Williams GT, Newcombe RG, et al. Transdermal nicotine compared with oral prednisolone therapy for active ulcerative colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1996 Aug;8(8):769-76.
- Carpio D, Barreiro-de Acosta M, Echarri A, Pereira S, Castro J, Ferreiro R, et al. Influence of urban/rural and coastal/inland environment on the prevalence, phenotype, and clinical course of inflammatory bowel disease patients from northwest of Spain: a cross-sectional study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Sep;27(9):1030-7.
- Jakubowski A, Zagórowicz E, Kraszewska E, Bartnik W. Rising hospitalization rates for inflammatory bowel disease in Poland. *Pol Arch Med Wewnętrznej.* 2014;124(4):180-90.
- Bosques-Padilla FJ, Sandoval-García ER, Martínez-Vázquez MA, Garza-González E, Maldonado-Garza HJ. Epidemiología y características clínicas de la colitis ulcerosa crónica idiopática en el noreste de México. *Rev Gastroenterol Mex.* 2011;76(1):34-8.
- Rodrigo L, Riestra S, Niño P, Cadahía V, Tojo R, Fuentes D, et al. A population-based study on the incidence of inflammatory bowel disease in Oviedo (Northern Spain). *Rev Esp Enferm Dig.* 2004 May;96(5):296-305.
- Nos Mateu P, Aguas Peris M. Tratamiento médico de la colitis ulcerosa. *Med.* 2012;11(5):275-83.
- da Silva BC, Lyra AC, Mendes CMC, Ribeiro CPO, Lisboa SRO, de Souza MTL, et al. The Demographic and Clinical Characteristics of Ulcerative Colitis in a Northeast Brazilian Population. *Biomed Res Int.* 2015;2015:359130.
- De Bie C, Ballet V, Hendriks N, Coenen S, Weyts E, Van Assche G, et al. Smoking behaviour and knowledge of the health effects of smoking in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Dec;42(11-12):1294-302.
- Ducharme-Bénard S, Côté-Daigneault J, Lemoyne M, Orlicka K, Lahaie R, Weber A, et al. Patients With Inflammatory Bowel Disease Are Unaware of the Impact of Smoking on Their Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2016 Jul;50(6):490-7.
- Casellas F, Fontanet G, Borrrel N, Malagelada JR. The opinion of patients with inflammatory bowel disease on healthcare received. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004 Mar;96(3):174-84.
- Leach P, De Silva M, Mountfield R, Edwards S, Chitti L, Fraser R, et al. The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *J Crohn's Colitis.* 2014;8(5):370-4.