



Estado del arte del manejo del paciente con EPOC.

Deshabitación tabáquica

Abel Pallarés Sanmartín

Servicio Neumología

Unidad de Deshabitación Tabáquica

Complejo Hospitalario Universitario Álvaro Cunqueiro



ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

EPOC



300 MILLONES
AFECTADOS GLOBALMENTE

3^{RA}

Causa de muerte
Global para el 2030

3

MILLONES DE MUERTES
POR AÑO
APROXIMADAMENTE

30%

DE INCREMENTO
EN LOS PRÓXIMOS
DIEZ AÑOS

SÍNTOMAS



INCREMENTO DEL
ESPUTO
(MUCHO MÁS Y TERNI)



ESTRECHES DEL
PECHO



TOS
PERSISTENTE



JADEO
FALTA DE AIRE



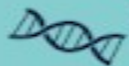
**DETONANTES
COMUNES DEL
EPOC**



LARGAS EXPOSICIONES A IRRITANTES
que dañan los pulmones y vías respiratorias



RESPIRAR CONTAMINANTES
fumado, contaminantes aéreos, polvo o humo



UNA RARA CONDICIÓN GENÉTICA
conocida como DEFICIENCIA DE AAT que puede
incrementar el riesgo de desarrollar la enfermedad

Search results

Items: 1 to 20 of 507

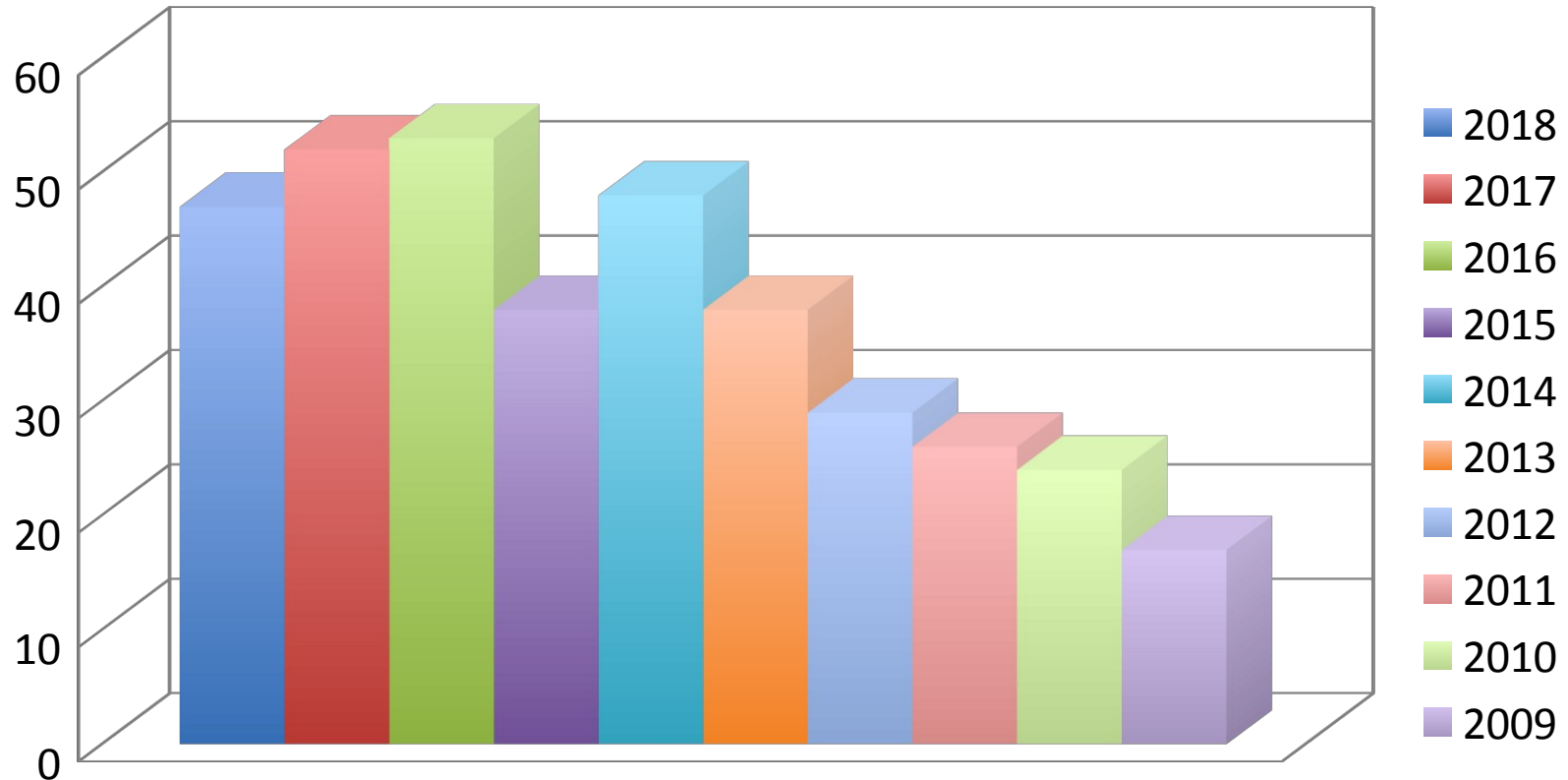
<< First < Prev Page 1 of 26 Next > Last >>

Últimos 10 años

Search results

Items: 1 to 20 of 380

<< First < Prev Page 1 of 19 Next > Last >>



Artículos VIH-EPOC

Situación actual EPOC y VIH

- EPOC: contrastes
 - Mayor mortalidad en en países desarrollados
 - Mayor prevalencia países en desarrollo (hasta 37% series)
- Gran mayoría de casos con VIH residen en países en desarrollo

Tabaquismo está aumentando en esas regiones ¹

Mejoría ART

Mayor supervivencia de pacientes con VIH

Era TARGA y enf. pulmonares

Introducción TARGA:

- Disminución infecciones oportunistas
- Disminución incidencia neoplasia definitorias SIDA:
 - ✓ Sarcoma Kaposi y LNH

Aumento cáncer de pulmón

- 1ª causa de mortalidad por neoplasia no asociada a SIDA en VIH
- No claro si por mayor tabaquismo o efecto independiente de VIH/TARGA?

VIH & síntomas respiratorios

Síntomas respiratorios son frecuentes entre pacientes VIH

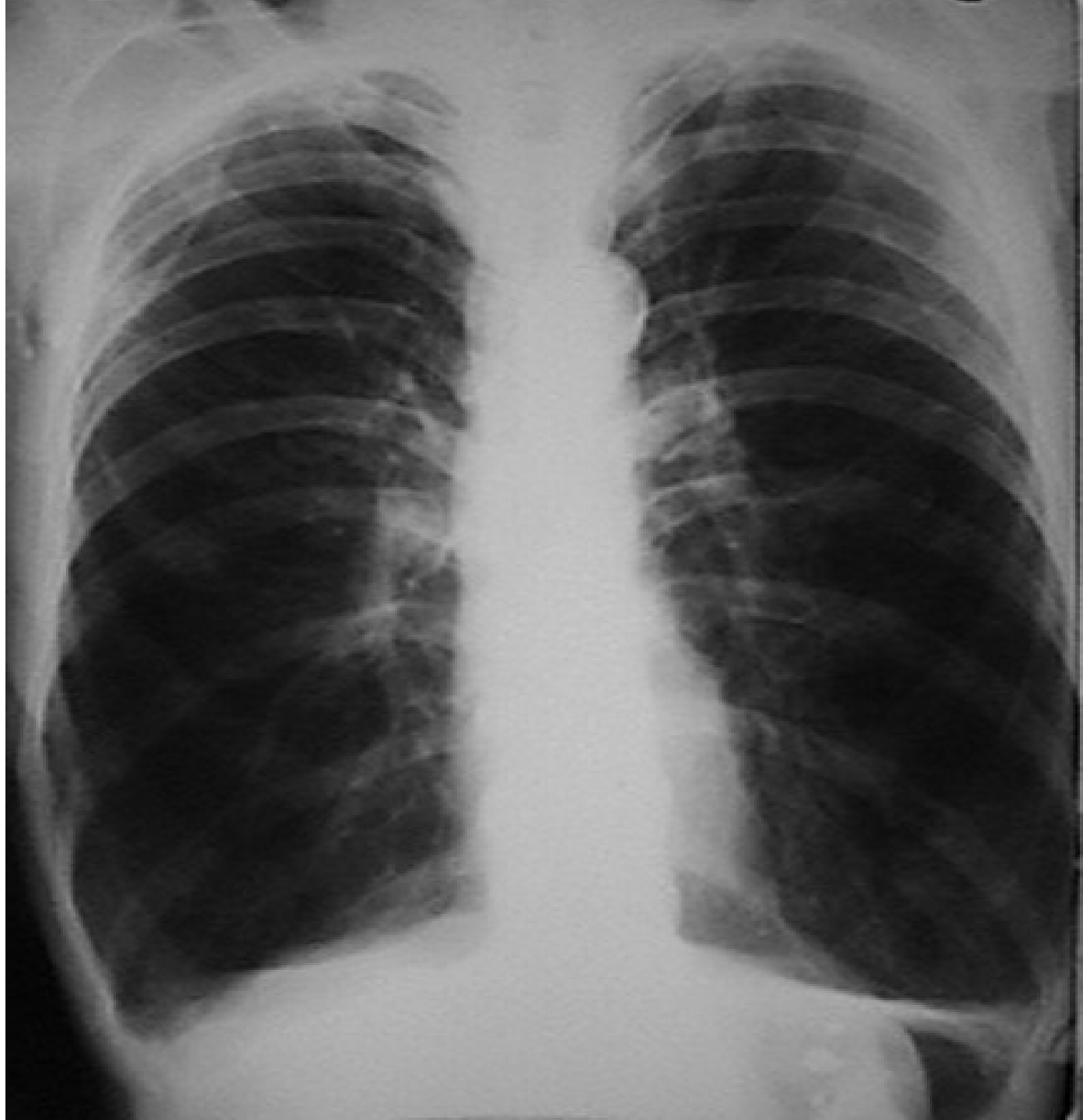
Estudios de cuestionarios respiratorios muestran síntomas en más del 30% de los infectados ¹

- Estudio 3872 participantes (procedentes del MACS y WIHS):
 - VIH factor independiente riesgo para tos, sibilantes y disnea ²
- Metanálisis ³: >or prevalencia síntomas respiratorios en VIH
 - Tos fundamentalmente en pacientes sin TARGA
 - Disnea en pacientes con TARGA

1. George MP et al. PloS one 2009; 4(7):e6328

2. Gigno MR et al. BMC pulmonary medicine 2014; 14:75.

3. Brown J et al. Thorax 2017; 72(4):355-366



VIH y función pulmonar

- Síntomas respiratorios asociados a peor calidad de vida¹ .
- VIH peor función pulmonar ²:
 - Disminución de la capacidad de difusión pulmonar,
 - >or proporción enfisema entre VIH (15-42%) ³
 - Disminución 6MWT ⁴
 - >or PAPm (mayor porcentaje de HTAP) ⁵

1. Fitzpatrick ME et al. AIDS. 2018 Jan 28;32(3):277-292

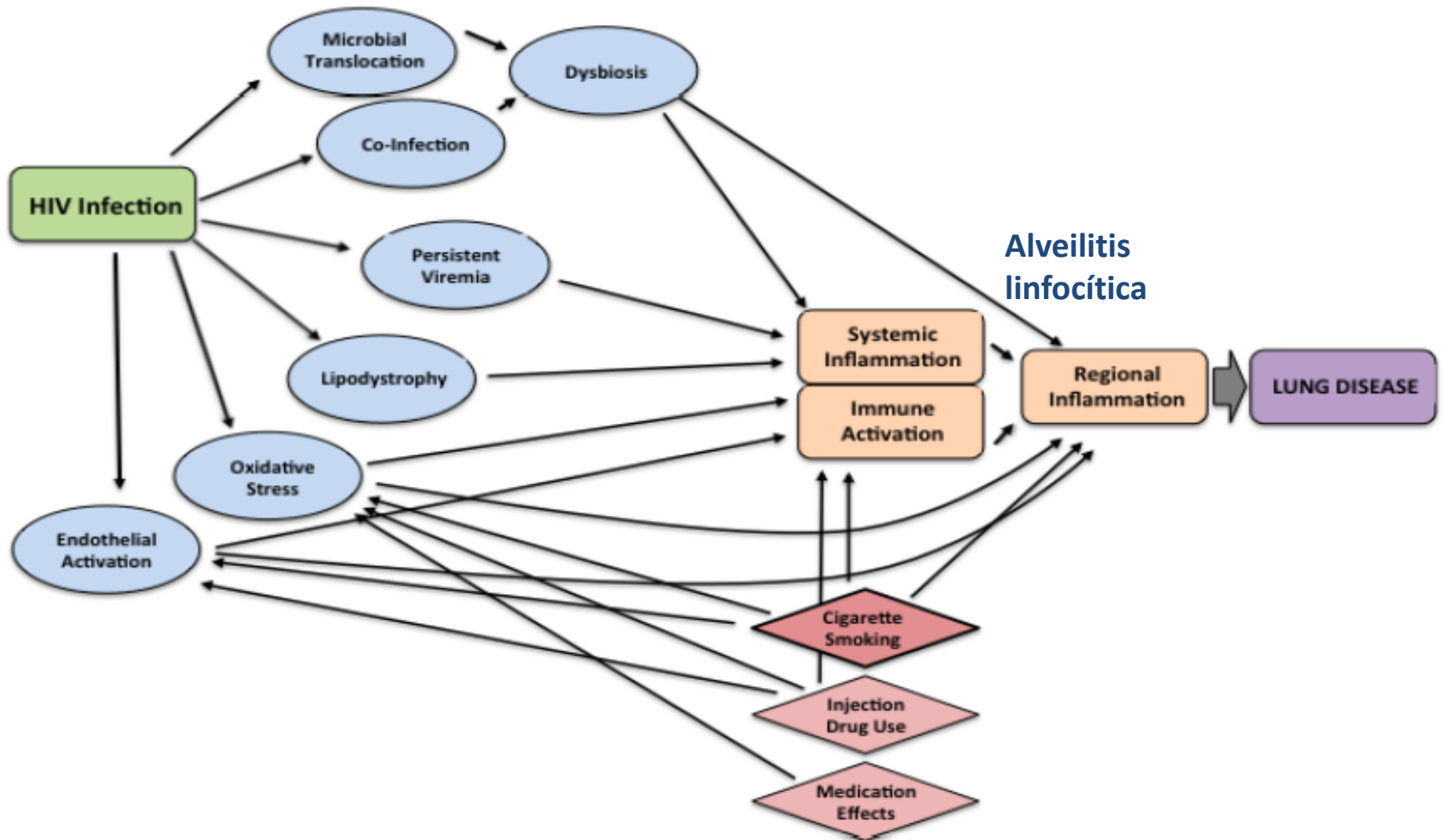
2. Drummond MB et al. AIDS 2015; 29(13):1691-1700

3. Kuhlman JE et al. Radiology 1989; 173(1):23-26.

4. Triplette M et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2017; 74(1):e23-e29.

5. Morris A et al. . AIDS 2012;26(6):731-740.

Fisiopatología



Factores de riesgo EPOC en VIH

- Edad
- Tabaquismo (IPA)
- IMC bajo
- Uso de drogas parenterales
- Antecedente de neumonía bacteriana
- Colonización por por Pneumocystis
- Tuberculosis
- Co-infección hepatitis C (dudosa relación en ausencia de ADVP)

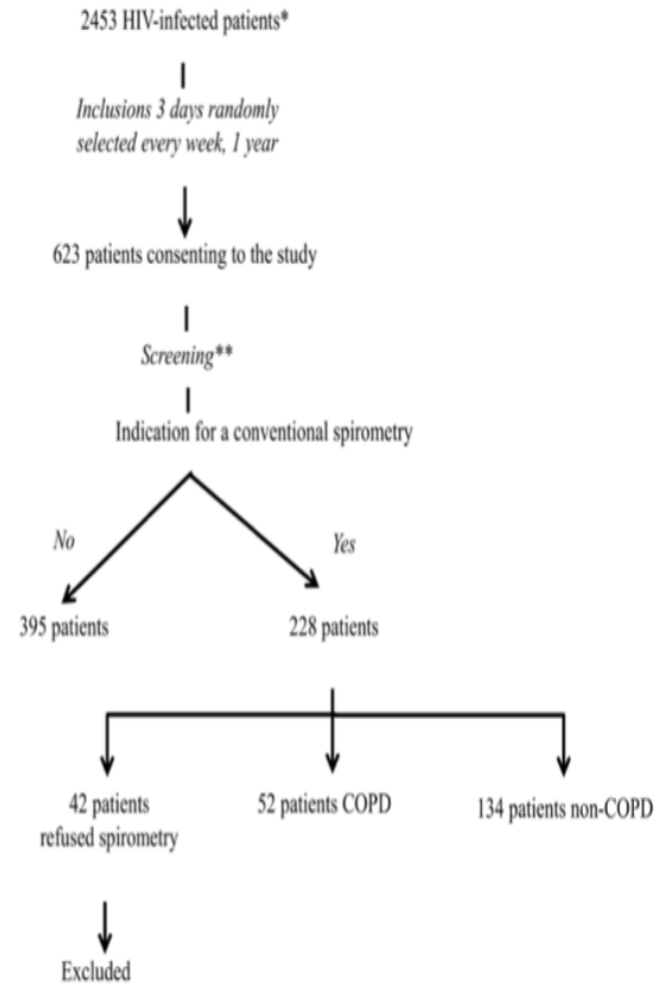
FR específicos VIH

Datos variables, estudios pequeños

	N	Tabaquismo	Edad media	ART	FR	Tipo estudio
Gingo 2010	167	53%	46 años	80%	Tabaquismo ADVP ART	Transversal (USA)
George 2009	215	69%	44 años	83%	Tabaquismo Edad Neumonía bact ART	Transversal (USA)
Akanbi 2015	356	21%	44.5 años	98%	Edad	Trasnsversal (Nigeria)
Crothers 2013	300	74%	54 años	89%	CD 4 bajo ART protege	Transversal (USA)
Triplette 2016	164	84%	55 años	71%	CD4 bajo	Transversal (USA)

Gran porcentaje de pacientes VIH con riesgo de padecer estas alteraciones o con síntomas no tienen espirometría

623 pacientes
Prevalencia EPOC 9%
77% pacientes no sabían que tenían EPOC
90% sin espirometría previa



COPD in HIV-Infected Patients: CD4 Cell Count Highly Correlated

Parameters	Univariate analysis			Multivariate analysis	
	Non-COPD (529)	COPD (52)	P Value	OR ^d (95% CI)	P Value
Demographic characteristics					
Age (years) *	47.9 ± 9.8	52.5 ± 9.7	0.001	1.61* (1.14–2.28)	0.007
Male Gender	389 (73.5%)	40 (76.9%)	0.586		
BMI (Kg/m ²) *	23.7 ± 3.6	21.5 ± 3.4	<0.001	0.78 (0.70–0.89)	<0.001
Toxic exposure					
Current smoker	261 (49.3%)	34 (65.4%)	0.027		
Current or past Smoker	370 (69.9%)	47 (90.4%)	0.002		
Pack-year history *	15.4 ± 17.5	23.6 ± 19.4	0.001	1.28 ^d (1.09–1.50)	0.003
Current/past Cannabis use*	199 (38.9%)	27 (55.1%)	0.028		
IDU*	85 (16.6%)	18 (35.3%)	0.001		
Professional resp. exposure	128 (24.7%)	13 (25.0%)	0.957		
Clinical characteristics					
Respiratory symptoms	107 (20.3%)	29 (55.8%)	<0.001		
Chronic bronchitis symptoms	31 (6%)	14 (27%)	<0.001		
Recurrent acute bronchitis	37 (7%)	12 (23.1%)	<0.001		
Dyspnea	78 (14.7%)	23 (44.2%)	<0.001		
Hosp. for respiratory condition	19 (3.6%)	13 (25.0%)	<0.001		
Previous LRTI	172 (32.5%)	33 (63.5%)	<0.001		
Previous CABP	45 (8.5%)	12 (23.1%)	0.001		
HBV and/or HCV infection*	167 (31.8%)	26 (50.0%)	0.007		
Depression	103 (19.5%)	19 (36.5%)	0.004		
HIV story					
HIV infection duration (years) *	15.2 ± 8.5	18.7 ± 8.5	0.005		
CDC stage			0.376		
A	320 (60.5%)	30 (57.7%)			
B	87 (16.4%)	6 (11.5%)			
C	122 (23.1%)	16 (30.8%)			
CD4 cell count (cells/mm ³) *	634 ± 294	497 ± 232	0.001	0.77 ^d (0.68–0.88)	<0.001
<200 cells/mm ³	28 (5.3%)	4 (7.7%)	0.008		
CD4/CD8 cell ratio	0.79 ± 0.51	0.71 ± 0.44	0.271		
CD8 cell count (cells/mm ³)	939 ± 467	830 ± 548	0.10		
HIV RNA (log ₁₀ cp/ml) *	1.87 ± 0.79	1.71 ± 0.54	0.054	0.59 (0.32–1.08)	0.088
Undetectable HIV RNA	446 (84.5%)	48 (92.3%)	0.129		
Nadir CD4 cell count (cells/mm ³) *	262 ± 191	188 ± 155	0.007		
HAART exposure					
HAART naïve	24 (4.5%)	0 (0.0%)	0.154		
NRTI (months) *	116.3 ± 61.5	128.5 ± 77.9	0.465		
NNRTI (months) *	35.7 ± 48.1	50.7 ± 60.8	0.114		
PI (months) *	63.2 ± 63.8	66.9 ± 65.1	0.863		

¿TARGA FACTOR DE RIESGO O PROTECTOR?





Pulmonary effects of immediate versus deferred antiretroviral therapy in HIV-positive individuals: a nested substudy within the multicentre, international, randomised, controlled Strategic Timing of Antiretroviral Treatment (START) trial

Subestudio 1026 pacientes CD4>500

Randomización:

- TARGA inmediata
- TARGA diferida hasta CD4<350

Primary outcome: disminución FEV1

Seguimiento 2 años (finalización prematura estudio principal)

Edad media 36 años



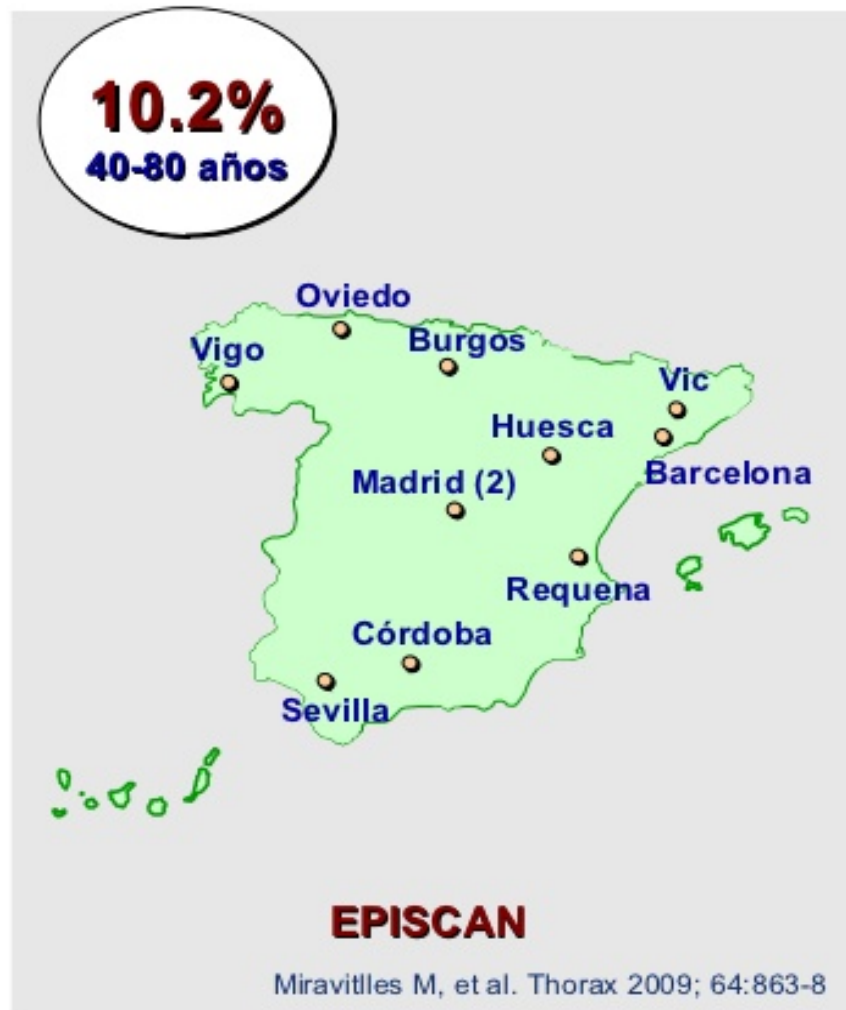
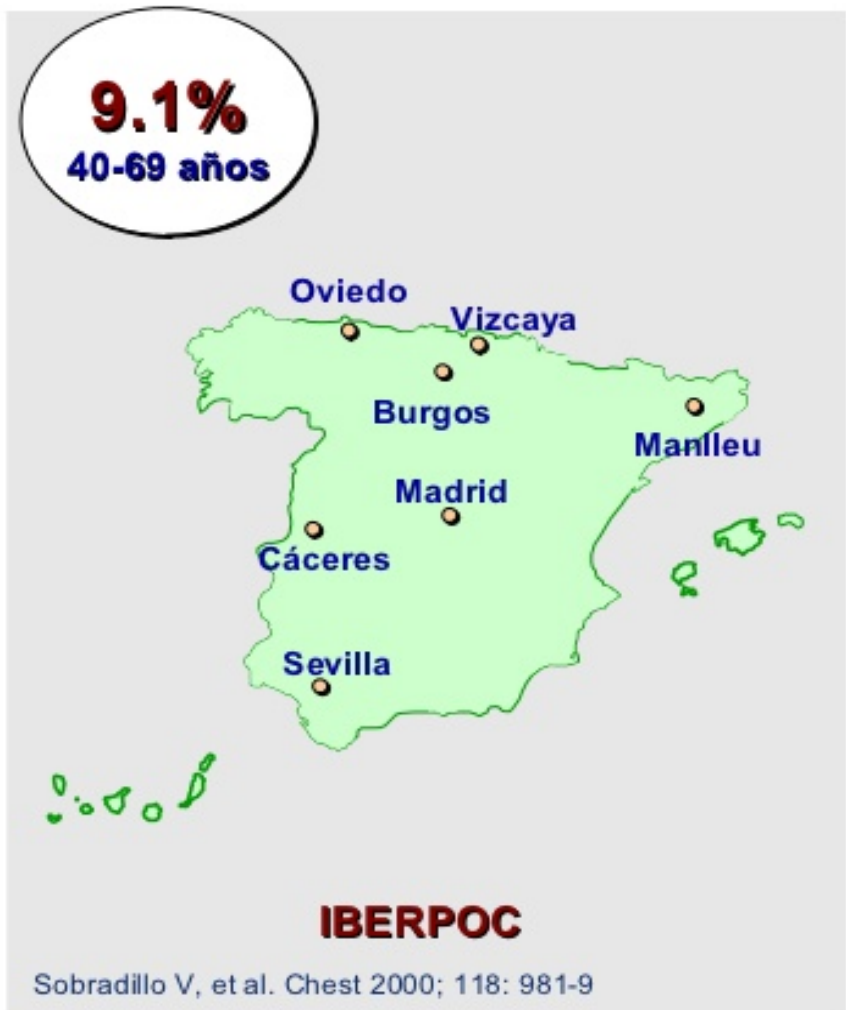
Pulmonary effects of immediate versus deferred antiretroviral therapy in HIV-positive individuals: a nested substudy within the multicentre, international, randomised, controlled Strategic Timing of Antiretroviral Treatment (START) trial

Primary outcome of FEV₁ slope comparisons

	FEV ₁ slope (95% CI), mL/year	p value
Baseline smokers		
Immediate ART (n=135)	-32.9 (-58.5 to -7.4)	..
Deferred ART (n=155)	-29.7 (-54.3 to -5.0)	..
Difference	-3.3 (-38.8 to 32.2)	0.86
Baseline non-smokers		
Immediate ART (n=383)	-27.8 (-44.2 to -11.4)	..
Deferred ART (n=353)	-22.2 (-39.6 to -4.9)	..
Difference	-5.6 (-29.4 to 18.3)	0.65
Pooled analysis adjusted for baseline smoking status		
Immediate ART (n=518)	-29.1 (-42.9 to -15.4)	..
Deferred ART (n=508)	-24.5 (-38.6 to -10.3)	..
Difference	-4.7 (-24.4 to 15.1)	0.64
Pooled analysis adjusted for smoking status at each study visit		
Immediate ART (n=518)	-28.8 (-42.6 to -14.9)	..
Deferred ART (n=508)	-23.6 (-37.8 to -9.3)	..
Difference	-5.2 (-25.1 to 14.6)	0.61

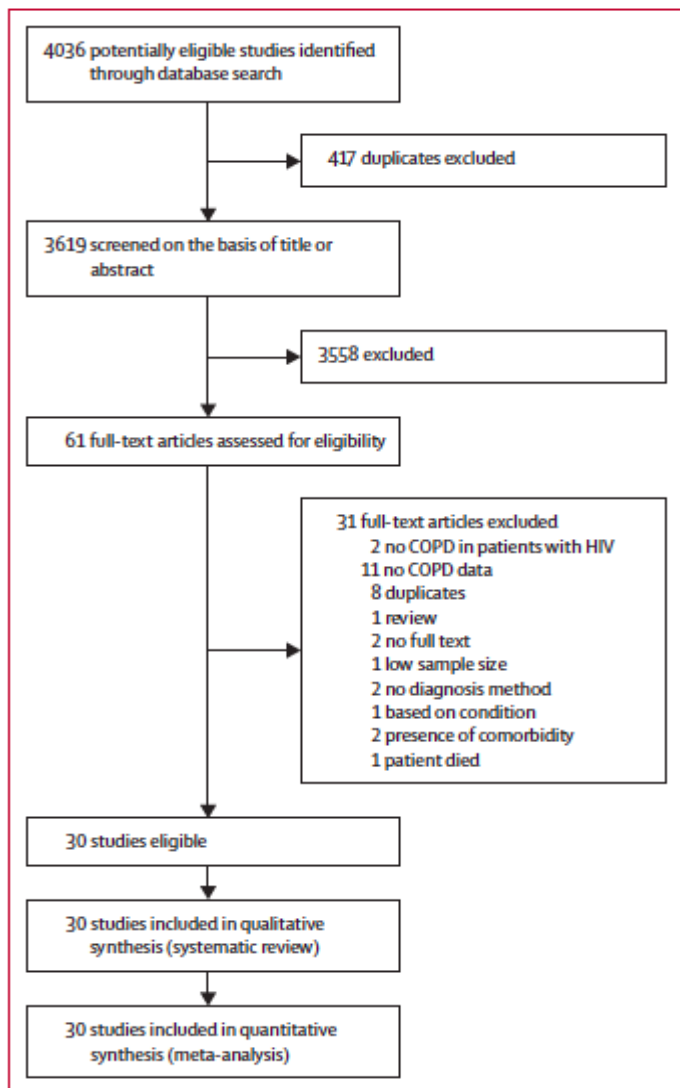
No se objetivó caída FEV₁

¿Los pacientes VIH tienen más EPOC?



Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the global population with HIV: a systematic review and meta-analysis

Jean Joel Bigna, Angeladine Malaha Kenne, Serra Lem Asangbeh, Aurelie T Sibetcheu



151686 pacientes incluidos
23 estudios (77%) bajo riesgo sesgos
Edad media 33-57 años
Fumadores 5-100%
TB previa 1-42%

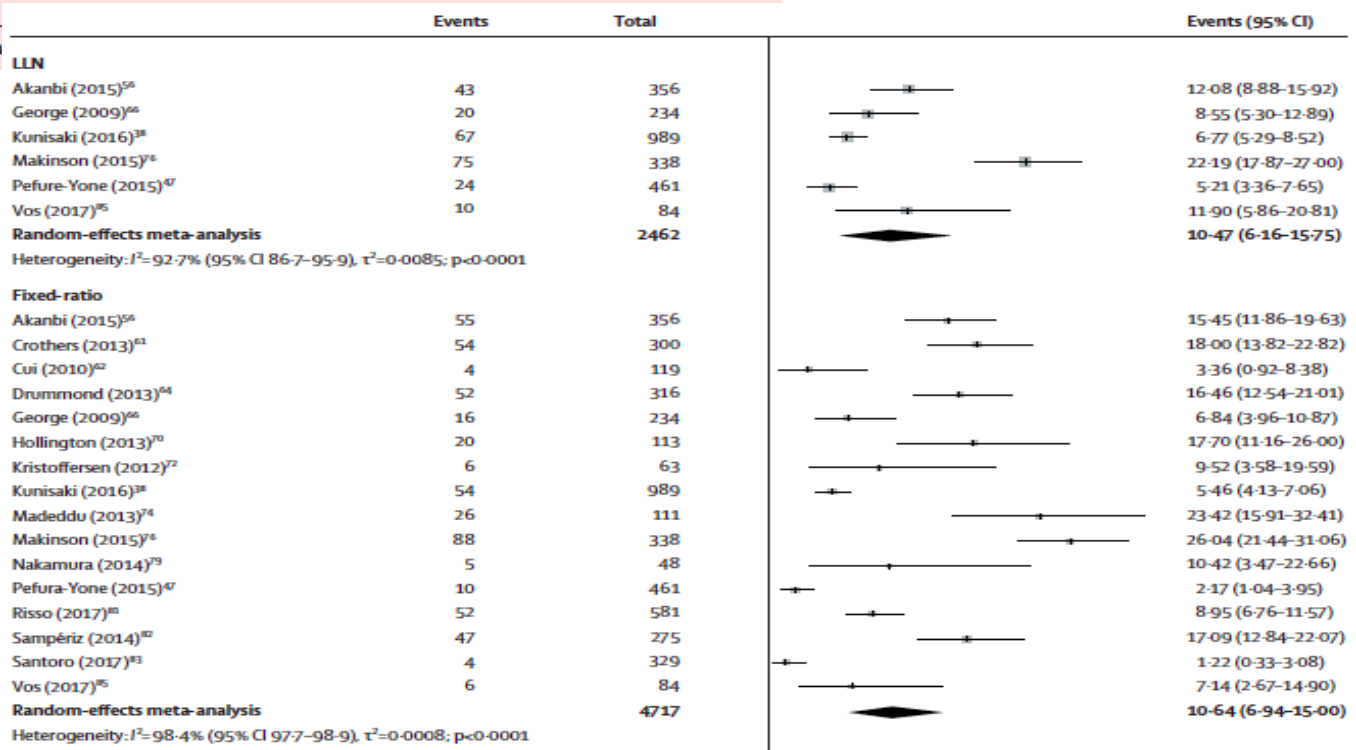
Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the global population with HIV: a systematic review and meta-analysis

Jean Joel Bigna, Angeladine Malaha Kenne, Serra Lem Asangbeh, Aurelie T Sibetcheu

	Studies (n)	Participants (n)	Prevalence (95% CI)	I ² (95% CI)	pvalue		
					Heterogeneity	Egger test	Difference criteria
LLN	6	2462	10.5% (6.2-15.7)	92.7% (86.7-95.9)	p<0.0001	p=0.385	p=0.007
Fixed ratio	16	4717	10.6% (6.9-15.0)	94.7% (92.8-96.1)	p<0.0001	p=0.295	..
ICD	6	137 528	5.6% (4.0-6.7)	98.4% (97.7-98.9)	p<0.0001	p=0.248	..
Patient-reported	9	10 455	8.7% (3.3-16.1)	99.1% (98.9-99.3)	p<0.0001	p=0.106	..

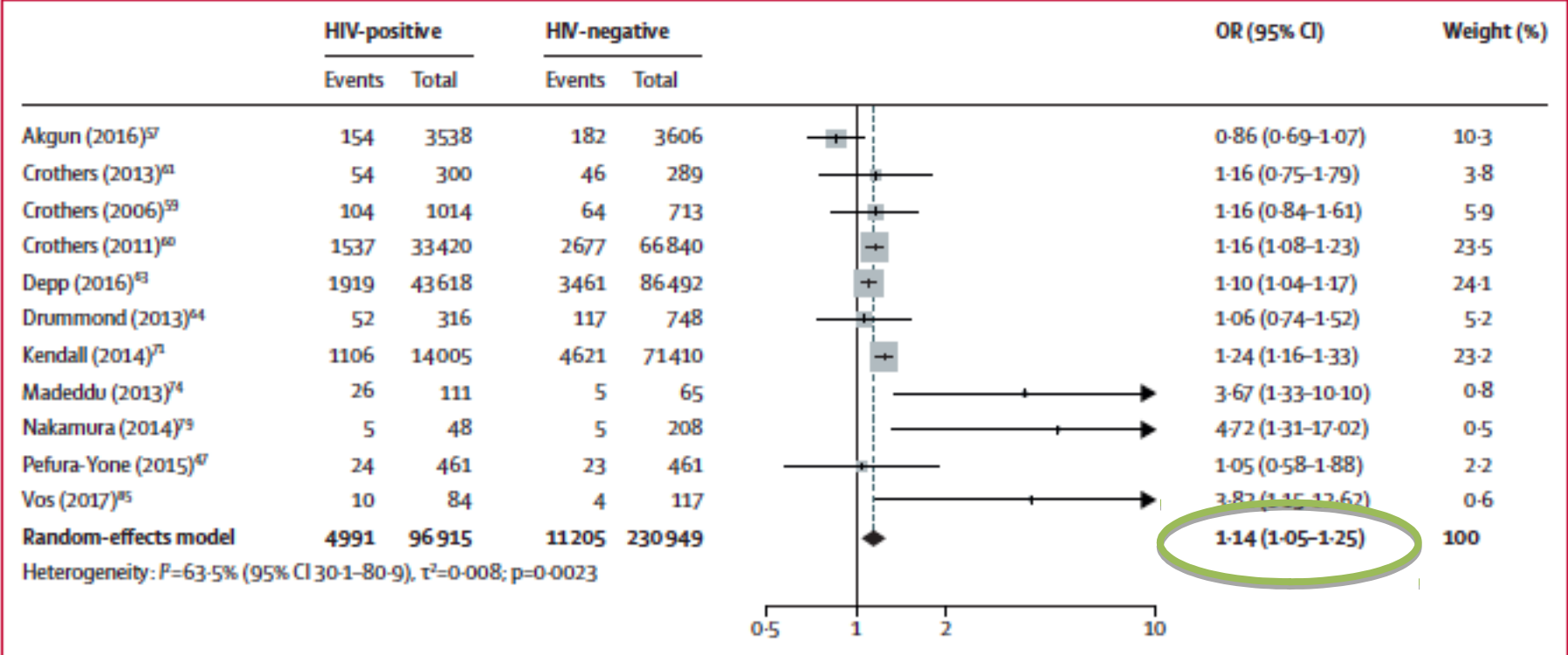
Studies are categorised by definition of chronic obstructive pulmonary disease. LLN=post-bronchodilator FEV₁/FVC less than 5% age-dependent lower limit of normal. FEV₁=post-bronchodilator forced expiratory volume in 1 s. FVC=forced vital capacity. Fixed ratio=post-bronchodilator FEV₁/FVC less than 0.70. ICD=International Classification of Diseases.

Table 2: Summary statistics of chronic obstructive pulmon



Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the global population with HIV: a systematic review and meta-analysis

Jean Joel Bigna, Angeladine Malaha Kenne, Serra Lem Asangbeh, Aurelie T Sibetcheu



Copenhagen comorbidity in HIV infection (COCOMO) study: a study protocol for a longitudinal, non-interventional assessment of non-AIDS comorbidity in HIV infection in Denmark

Airflow limitation in people living with HIV and matched uninfected controls

	PLWHIV (n=1083)	Controls (n=12074)	P value*	Never smoking PLWHIV (n=360)	Never smoking controls (n=5717)	P value†
FEV ₁ /FVC < LLN, n (%)	114 (10.6)	1278 (10.6)	1.0	15 (4.2)	378 (6.6)	0.09
FEV ₁ ≥ 80% predicted	29 (25.4)	747 (58.5)	–	6 (40.0)	246 (65.1)	–
FEV ₁ 50%–79% predicted	69 (60.5)	463 (36.2)	–	8 (53.3)	128 (33.9)	–
FEV ₁ 30%–49% predicted	13 (11.4)	63 (4.9)	–	1 (6.7)	3 (0.8)	–
FEV ₁ < 30% predicted	3 (2.6)	5 (0.4)	–	0 (0.0)	1 (0.3)	–
FEV ₁ /FVC < 0.7 and FEV ₁ predicted < 80%	108 (10.0)	696 (5.8)	<0.001	14 (3.9)	177 (3.1)	0.50
FEV ₁ 50%–79% predicted	92 (85.1)	625 (89.8)	–	13 (92.9)	172 (97.2)	–
FEV ₁ 30%–49% predicted	13 (12.0)	66 (9.5)	–	1 (7.1)	4 (2.2)	–
FEV ₁ < 30% predicted	3 (2.8)	5 (0.7)	–	0 (0.0)	1 (0.6)	–

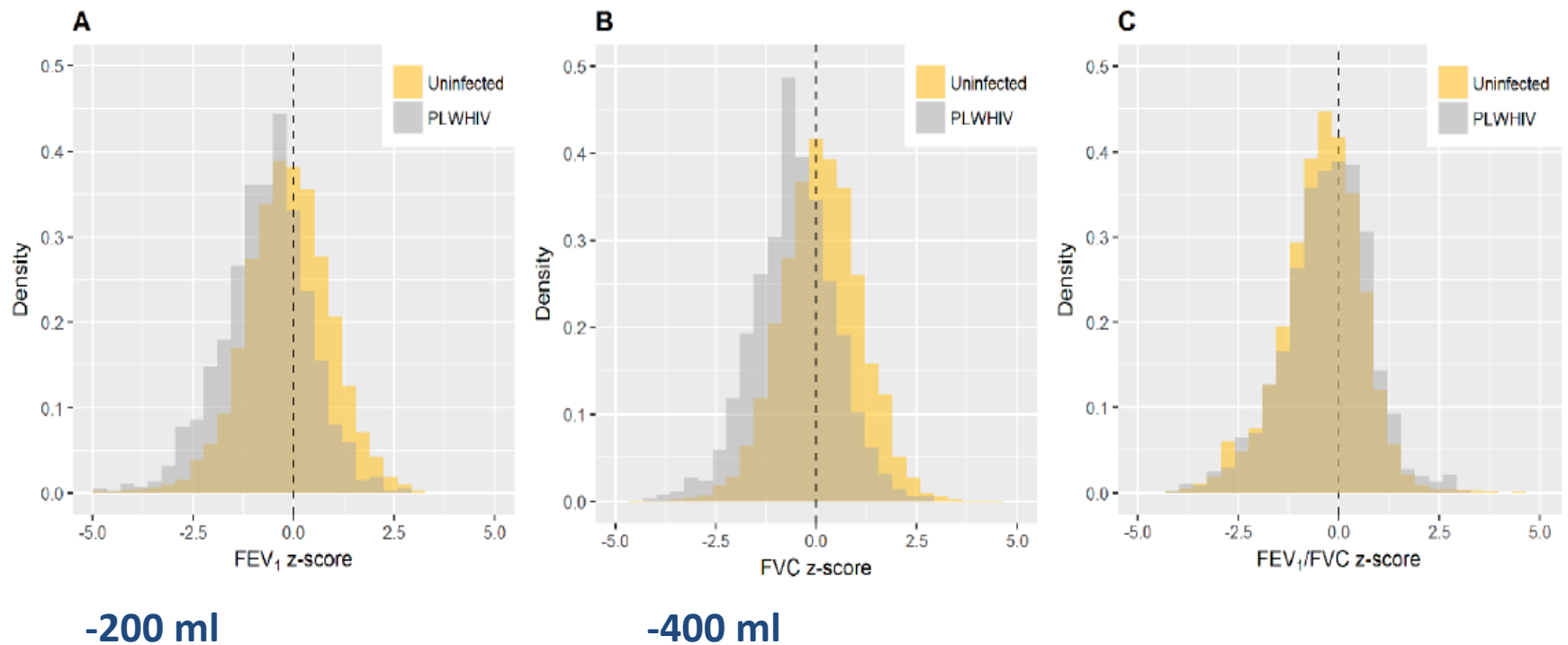
*Comparing PLWHIV with controls.

†Comparing never smoking PLWHIV with never smoking controls.

LLN, lower limit of normal; PLWHIV, people living with HIV.

Airflow limitation in people living with HIV and matched uninfected controls

CD4 bajo, asociado con empeoramiento FEV1 y FVC



Tratamiento EPOC

INHALADORES

@Creative_Nurse

BRONCODILADORES

Salbutamol Ventolin® Terbutalina Terbutalin®

ACCIÓN CORTA (Rescate)

Salmeterol Serevent® Formoterol Foradil®

ACCIÓN LARGA (Mantenimiento)

Bromuro de Ipratropio Atrovent® Bromuro Tiotropio Spiriva Respimat® Bromuro Tiotropio Spiriva®

ANTICOLINÉRGICOS

CORTICOIDES

Budesonida Budesonida EasyHaler® Beclometasona Becloforte® Fluticasona Flutide®

Ciclesonida Alvesco® Mometasona Asmanex®

BRONCODILADORES + CORTICOIDES

Salmeterol + Fluticasona Seretide® Formoterol + Beclometasona Foster®

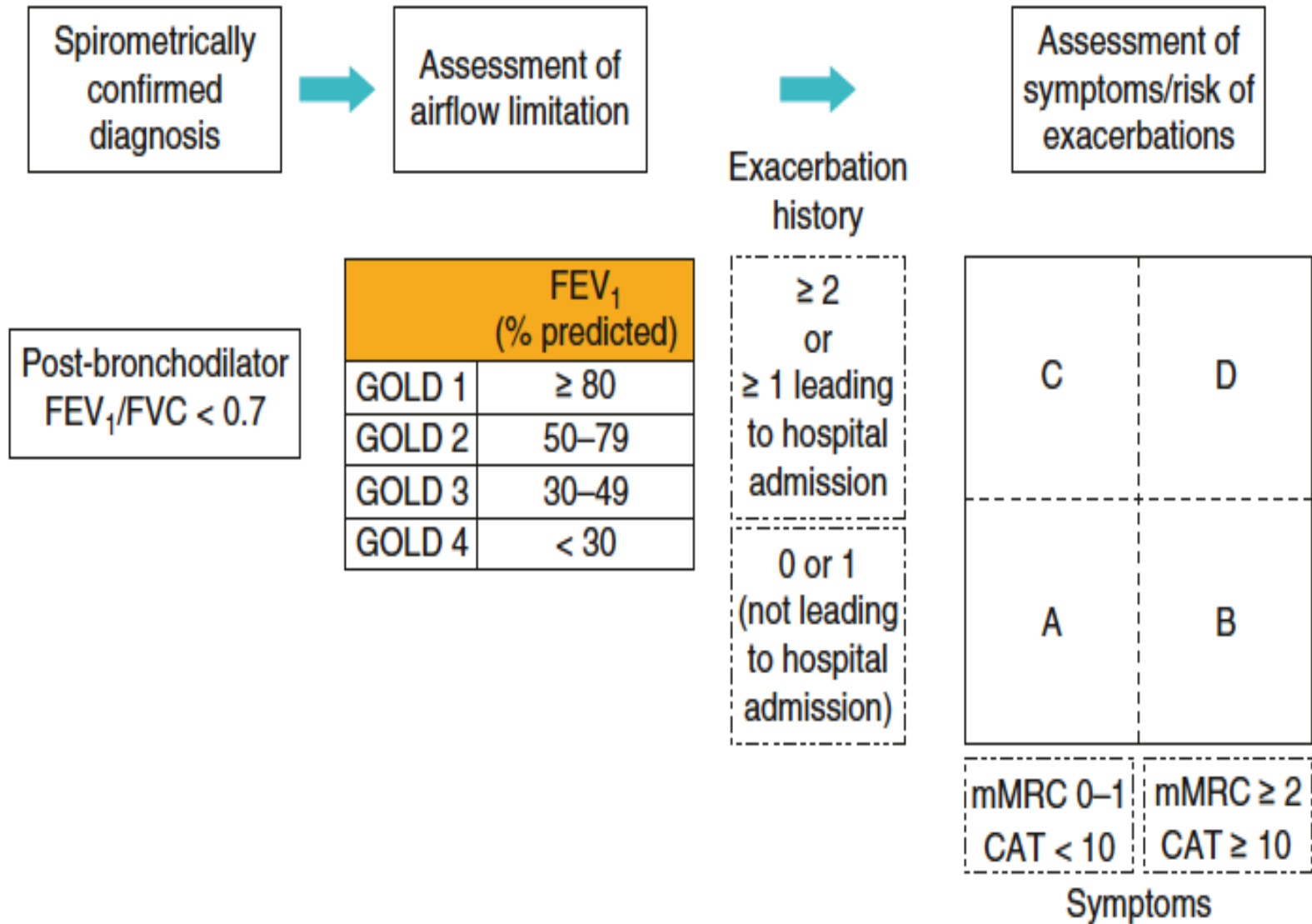
Formoterol + Budesonida Symbicort® Formoterol + Fluticasona Flutiform®

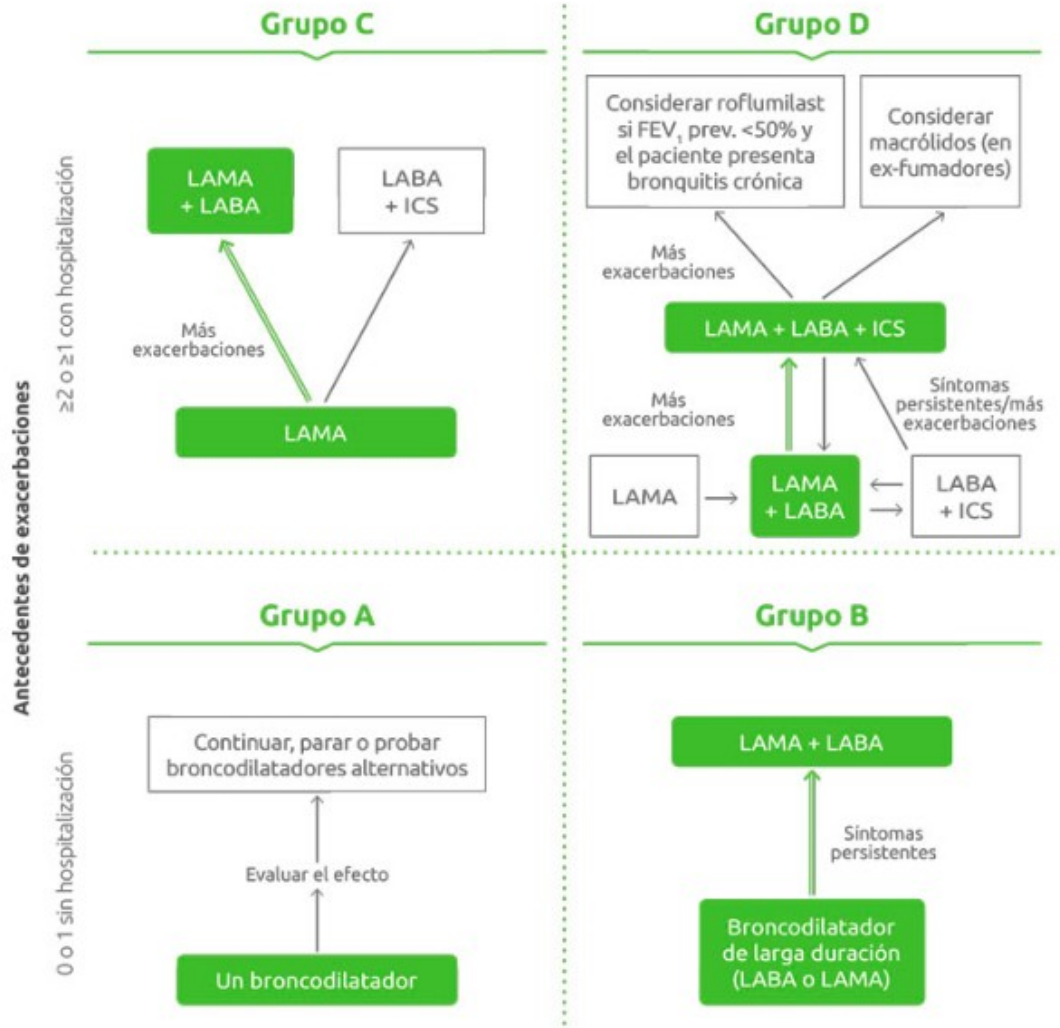
CARTUCHO PRESURIZADO



POLVO SECO





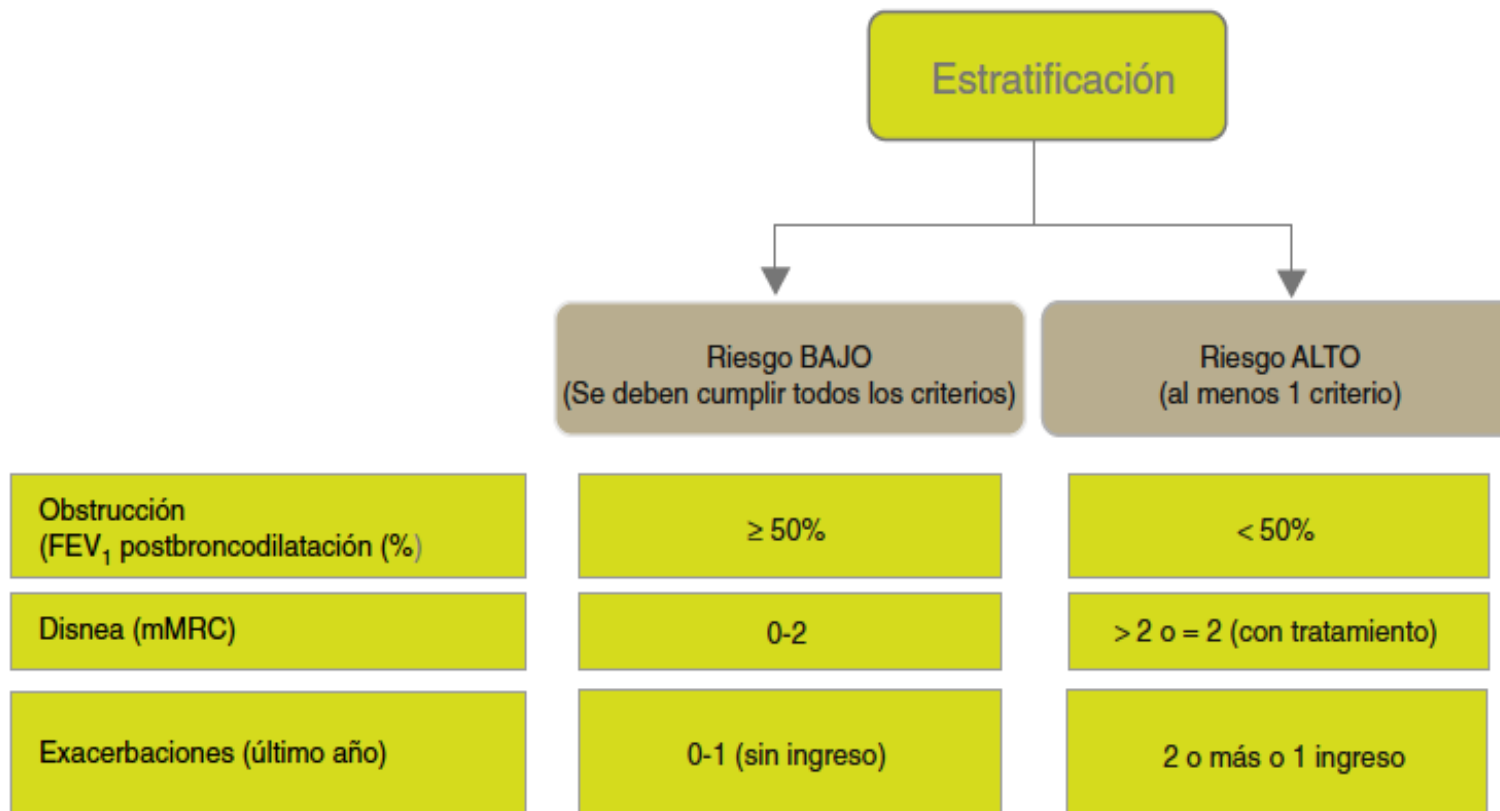


SEPAR habla

Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable



Marc Miravittles^{a,b,*}, Juan José Soler-Cataluña^c, Myriam Calle^d, Jesús Molina^e, Pere Almagro^f, José Antonio Quintano^g, Juan Antonio Trigueros^h, Borja G. Cosío^{i,b}, Ciro Casanova^j, Juan Antonio Riesco^k, Pere Simonet^l, David Rigau^m, Joan B. Sorianoⁿ y Julio Ancochea^a

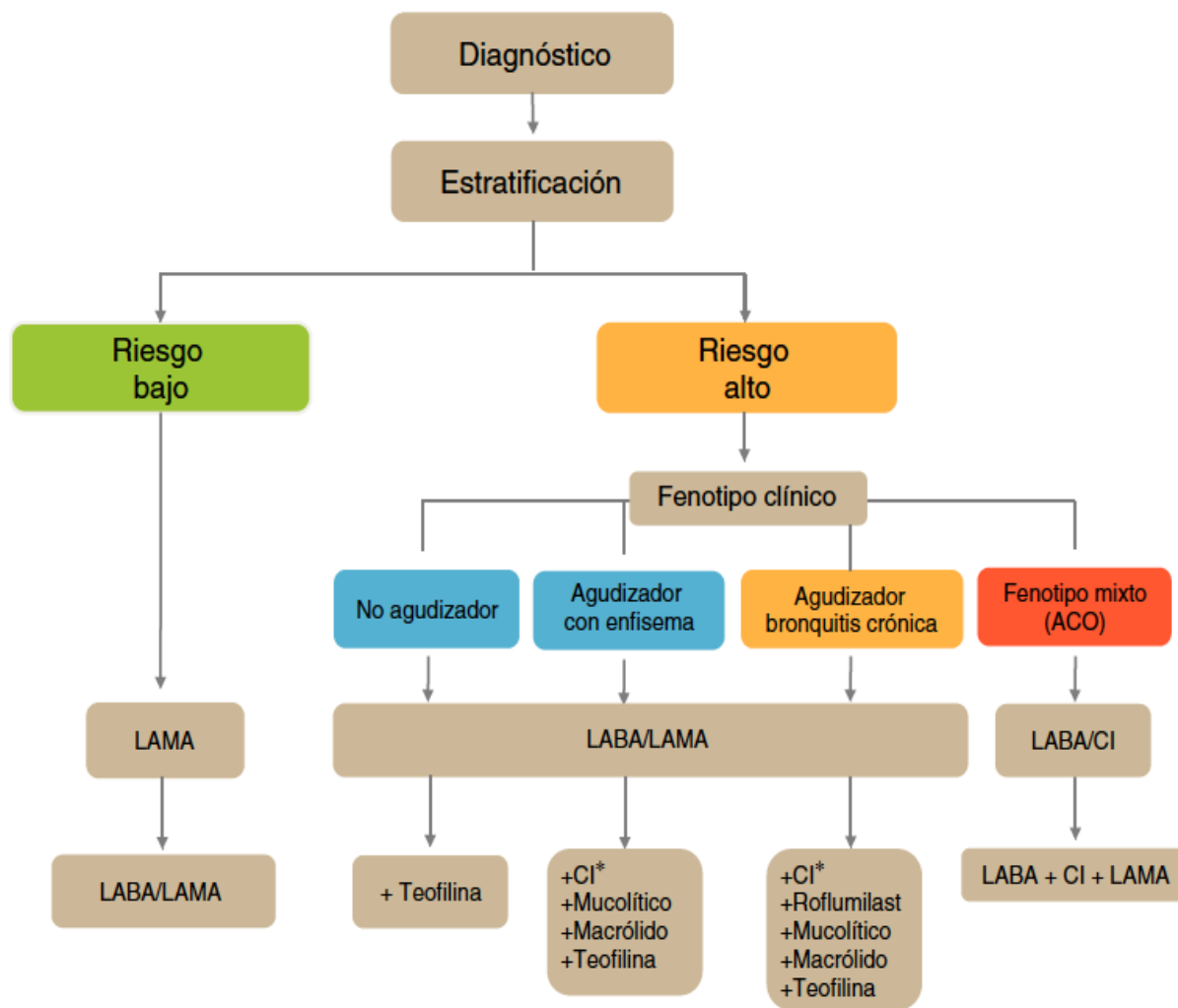


SEPAR habla

Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable

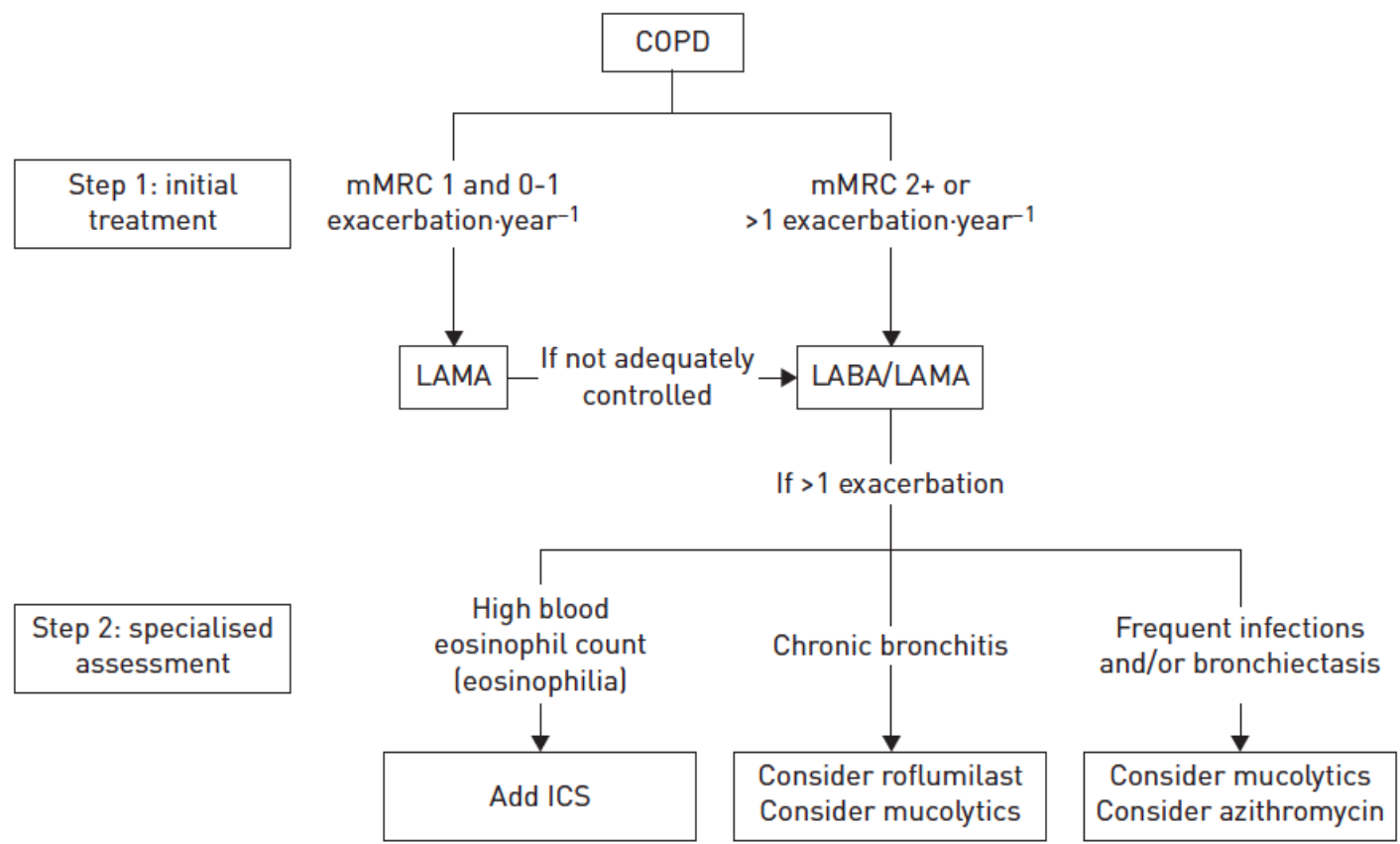


Marc Miravittles^{a,b,*}, Juan José Soler-Cataluña^c, Myriam Calle^d, Jesús Molina^e, Pere Almagro^f, José Antonio Quintano^g, Juan Antonio Trigueros^h, Borja G. Cosío^{i,b}, Ciro Casanova^j, Juan Antonio Riesco^k, Pere Simonet^l, David Rigau^m, Joan B. Sorianoⁿ y Julio Ancocheaⁿ





A new two-step algorithm for the treatment of COPD



Agreement between a simple dyspnea-guided treatment algorithm for stable COPD and the GOLD guidelines: a pilot study



Corticoides inhalados aumentan neumonías

1. Drummond MB, Dasenbrook EC, Pitz MW, Murphy DJ, Fan E. Inhaled corticosteroids in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300:2407–16. [PubMed: 19033591]
2. Singh S, Loke YK. Risk of pneumonia associated with long-term use of inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: a critical review and update. *Curr Opin Pulm Med*. 2010; 16:118–22. [PubMed: 19926996]

Corticoides inhalados aumentan TB pulmonar

1. Lee CH, Kim K, Hyun MK, Jang EJ, Lee NR, Yim JJ. Use of inhaled corticosteroids and the risk of tuberculosis. *Thorax*. 2013; 68:1105–13. [PubMed: 23749841]
2. Brassard P, Suissa S, Kezouh A, Ernst P. Inhaled corticosteroids and risk of tuberculosis in patients with respiratory diseases. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011; 183:675–78. [PubMed: 20889902]

Corticoides inhalados e hipercortisolismo

1. Bernecker C, West TB, Mansmann G, Scherbaum WA, Willenberg HS. Hypercortisolism caused by ritonavir associated inhibition of CYP 3A4 under inhalative glucocorticoid therapy. 2 case reports and a review of the literature. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2012; 120:125–27. [PubMed: 22328106]
2. Saberi P, Phengrasamy T, Nguyen DP. Inhaled corticosteroid use in HIV-positive individuals taking protease inhibitors: a review of pharmacokinetics, case reports and clinical management. *HIV Med*. 2013; 14:519–29. [PubMed: 23590676] NIH-PA Author Manuscript NIH-PA Author Manuscript NIH-PA Author Manuscript
3. Zmeili, O.; Taha, W.; Abou-Samra, A. Iatrogenic cushing syndrome with adrenal suppression in HIV-infected patient receiving inhaled fluticasone and ritonavir. 94th Annual Meeting of the Endocrine Society; Houston, Texas, USA. June 23–26, 2012; abstr. SAT-463 65. Mahlab-Guri K, Asher I, Gradstein S, et al. Inhaled fluticasone causes iatrogenic cushing's syndrome in patients treated with Ritonavir. *J Asthma*. 2011; 48:860–63. [PubMed: 21854345]
4. Kaviani N, Bukberg P, Manassis A, Yen V, Young I. Iatrogenic osteoporosis, bilateral HIP osteonecrosis, and secondary adrenal suppression in an HIV-infected man receiving inhaled corticosteroids and ritonavir-boosted highly active antiretroviral therapy. *Endocr Pract*. 2011; 17:74–78. [PubMed: 20713349]
5. Canalejo E, Pacheco MS. Cushing syndrome due to ritonavir-fluticasone interaction. *CMAJ*. 2012; 184:1714. [PubMed: 22586335]
6. Yoganathan K, David L, Williams C, Jones K. Cushing's syndrome with adrenal suppression induced by inhaled budesonide due to a ritonavir drug interaction in a woman with HIV infection. *Int J STD AIDS*. 2012; 23:520–21. [PubMed: 22844010]
7. Blondin MC, Beauregard H, Serri O. Iatrogenic Cushing syndrome in patients receiving inhaled budesonide and itraconazole or ritonavir: two cases and literature review. *Endocr Pract*. 2013; 19:e138–41. [PubMed: 23807527]
8. Boyd SD, Hadigan C, McManus M, et al. Influence of low-dose ritonavir with and without darunavir on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of inhaled beclomethasone. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 63:355–61. [PubMed: 23535292]



Página Liverpool de interacciones no están incluidos todavía nuevos fármacos inhalados para EPOC.



LAMA {
 Acilidinio
 Glicopirronio
 Umeclidimio

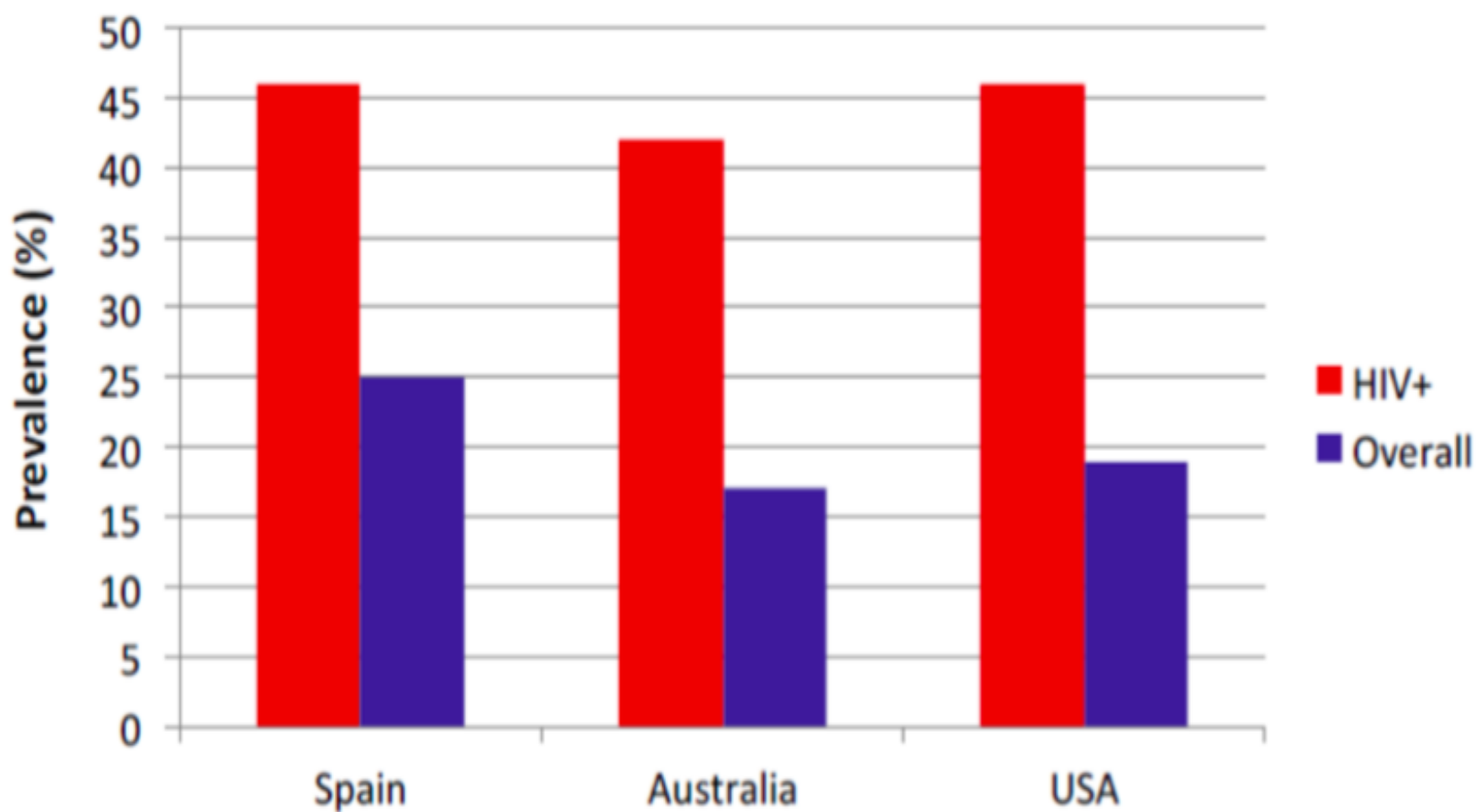
LABA — Olodaterol

LAMA/LABA {
 Acilidinio /formoterol
 Glicopirronio / indacaterol
 Umeclidimio/ vilanterol

CI/LABA — Furoato de fluticasona/ vilanterol







Rodriguez-Martinez M. Rev Esp Com Sal 2010; Masia M et al. Enfer Infecc Microbiol Clin 2012; www.heartfoundation.org.au/hiv
Lifson AR et al. Curr HIV Rep 2012; Oh JY et al. The Open AIDS Journal 2012



- Población general EEUU: 19% fuma. Las personas VIH dos a tres veces mayor
- Personas VIH: 85% ha fumado durante algún tiempo
- Infección por VIH: mitad de probabilidades de ser abstinentes
- Fumadores VIH fuman 16-23 cigarrillos por día
- Promedio de consumo: casi 23 años, → alto riesgo de dependencia

Realidad fumador VIH

- Uso concomitante alcohol y otras drogas
- Existencia de comorbilidades
 - Alto porcentaje de comorbilidad psiquiátrica
 - Aumento depresión y ansiedad
- Minimización tabaquismo
- Problemática socio-económica:
 - Coste tratamiento abandono/entorno/ bajo nivel educacional

Visión subjetiva fumador VIH

- Subestiman efectos del tabaquismo
- Afirmación tiempo de vida insuficiente
- Miedo a consecuencias de abandono tabáquico:
 - lipodistrofia TARGA (ganancia peso doble que no VIH)
- Forma de hacer frente a tensión generada por enfermedad

2/3 intento serio de dejar de fumar
75% querrían dejar de fumar
80% preocupados efectos tabaco en su salud

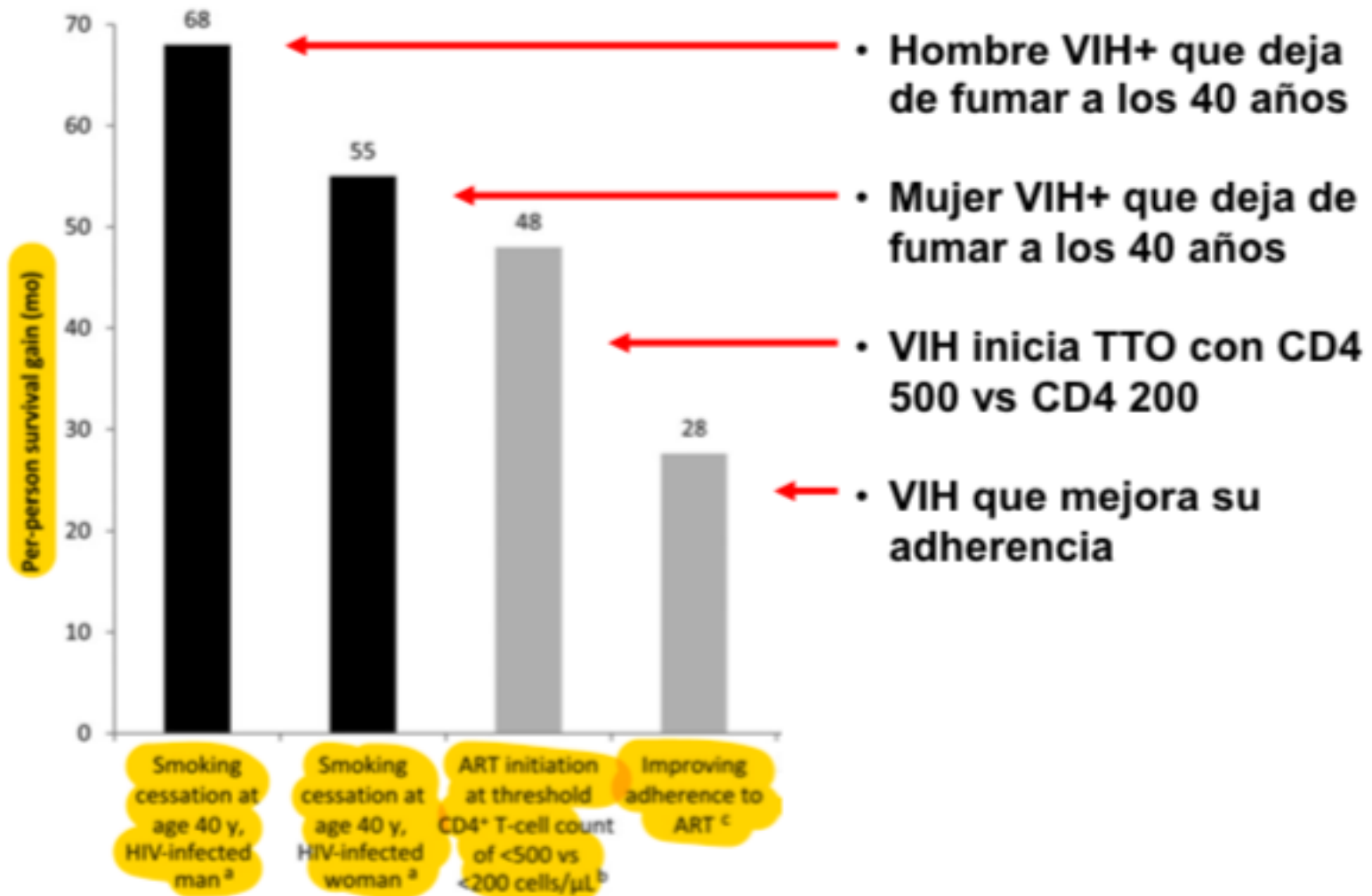
Visión general profesional

Mayor importancia del consumo de drogas

- Ausencia de interés administraciones/gestores
 - Falta de circuitos establecidos
 - Ausencia de financiación de fármacos
- Priorización desintoxicación heroína
- Trivialización tabaquismo

Impacto del tabaquismo y la cesación en la esperanza de vida entre VIH

Meses de vida ganados según tipo de intervención:



¿Quién lo hace?

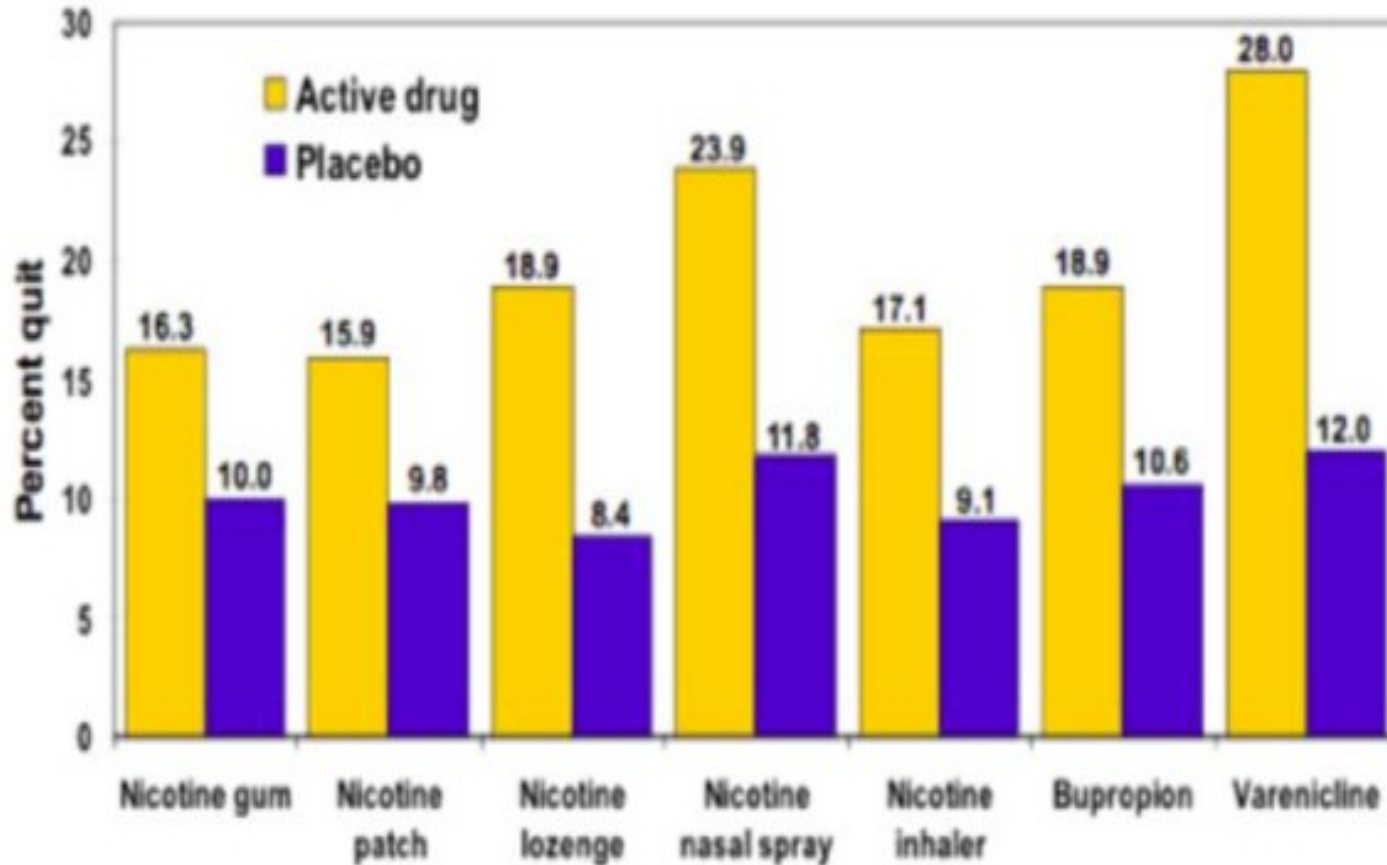
No hay evidencia que indique que una especialidad concreta es más adecuado

No se considera a tabaquismo como problema de salud prioritario en consulta VIH

- En consulta VIH en New York solo la mitad preguntaba rutinariamente sobre tabaquismo



Medicación disponible



Data adapted from Cahill et al. (2012). *Cochrane Database Syst Rev*; Stead et al. (2012). *Cochrane Database Syst Rev*; Hughes et al. (2007). *Cochrane Database Syst Rev*

Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS (Review)



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K

14 estudios relevantes -> 12 en un metanálisis (n = 2087).

Grupo de Intervención (apoyo conductual + FT) VS Grupo Control menos intensivo (int. breve + FT).

Resultados

- Abstinencia a corto plazo: G.I. = 13% / G.C.= 8%
- Abstinencia a largo plazo: 8% en ambos grupos. No evidencia de efecto (RR=1,00, IC95= 0,72- 1,39)
- El efecto de adaptar la intervención a las PVVIH no estaba claro.
- Dentro de cada grupo: no evidencia de una diferencia de efecto según la intensidad (pocos estudios)

Conclusiones

Existe una evidencia de calidad moderada de que las intervenciones combinadas de cesación del tabaco proporcionan resultados similares a los controles en las PVVIH a largo plazo.

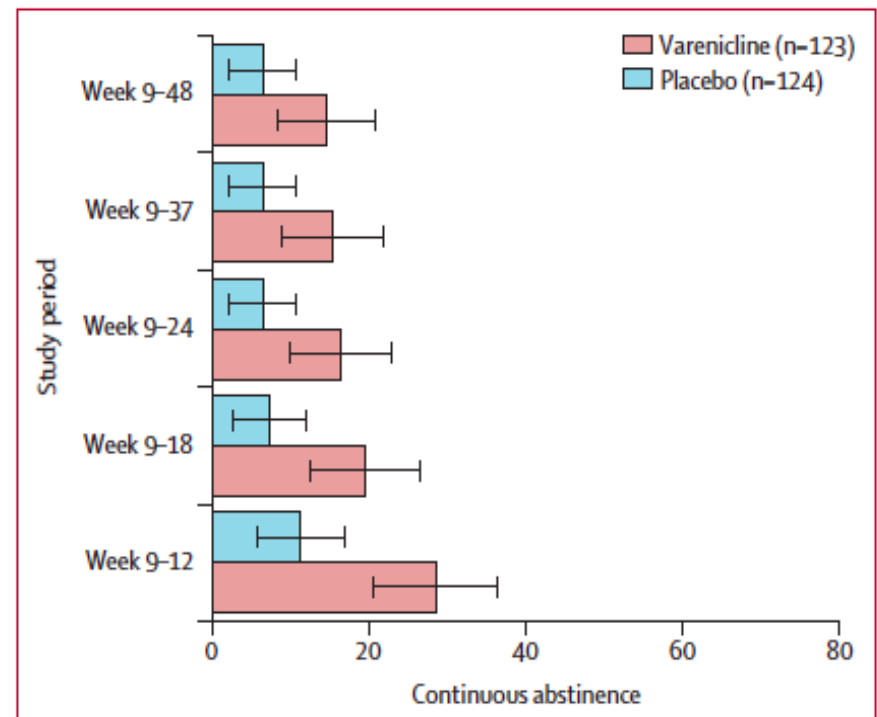
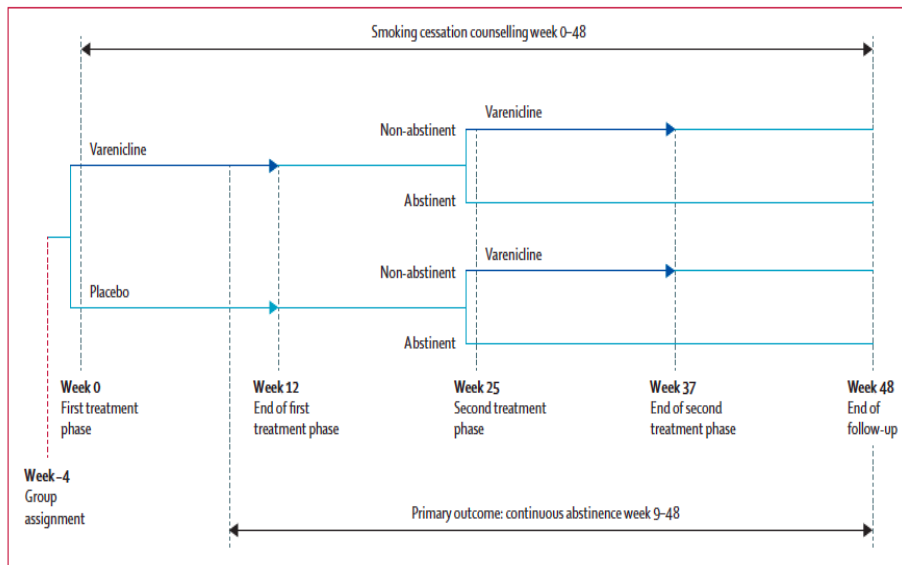
- A pesar de esto, deben ofrecerse intervenciones para dejar de fumar a las PVVIH, ya que incluso los períodos de abstinencia no mantenidos han demostrado beneficios.
- Se necesitan estudios más amplios y bien diseñados sobre Intervenciones para las PVVIH

Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix[®]/Chantix[®]) for Smoking Cessation in HIV-Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study

TABLE 3. COMPARISON OF VARENICLINE ADVERSE EVENTS AND EFFECTIVENESS RATES % (95% CI)
BETWEEN THE CURRENT AND PREVIOUSLY PUBLISHED STUDIES

<i>Study</i>	<i>Total n</i>	<i>Any AE</i>	<i>Nausea</i>	<i>Abnormal dreams</i>	<i>Discontinuation</i>	<i>4W-CAR weeks 9–12</i>	<i>CAR weeks 9–24</i>
Current study	36	78 (64, 91)	33 (18, 49)	31 (16, 46)	28 (13, 42)	42 (26, 58)	28 (13, 42)
Wang et al., 2009 ²⁸	165	77 (71, 83)	29 (22, 36)	4 (1, 7)	3 (0, 6)	50 (42, 58)	38 (31, 46)
Aubin et al., 2008 ²⁹	376	85 (81, 88)	37 (32, 42)	12 (8, 15)	17 (13, 21)	56 (51, 61)	32 (28, 37)
Nakamura et al., 2007 ³⁰	156	80 (74, 86)	24 (18, 31)	—	8 (4, 13)	65 (57, 74)	38 (29, 46)
Tsai et al., 2007 ³¹	126	87 (81, 92)	44 (35, 52)	6 (2, 10)	—	60 (51, 68)	47 (38, 56)
Oncken et al., 2006 ³²	130	79 (72, 86)	35 (27, 43)	19 (13, 26)	23 (16, 31)	55 (46, 63)	—
Jorenby et al., 2006 ³³	344	—	29 (25, 34)	13 (10, 17)	24 (20, 29)	44 (39, 49)	30 (25, 34)
Gonzales et al., 2006 ³⁴	352	79 (75, 83)	28 (23, 33)	10 (7, 14)	26 (21, 30)	44 (39, 49)	30 (25, 34)
Pooled study ^a		82 (80, 84)	32 (29, 34)	9 (8, 11)	13 (11, 14)	51 (49, 54)	33 (31, 36)
<i>p</i> value		0.545	0.819	<0.001	0.011	0.248	0.495

Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in people living with HIV in France (ANRS 144 Inter-ACTIV): a randomised controlled phase 3 clinical trial

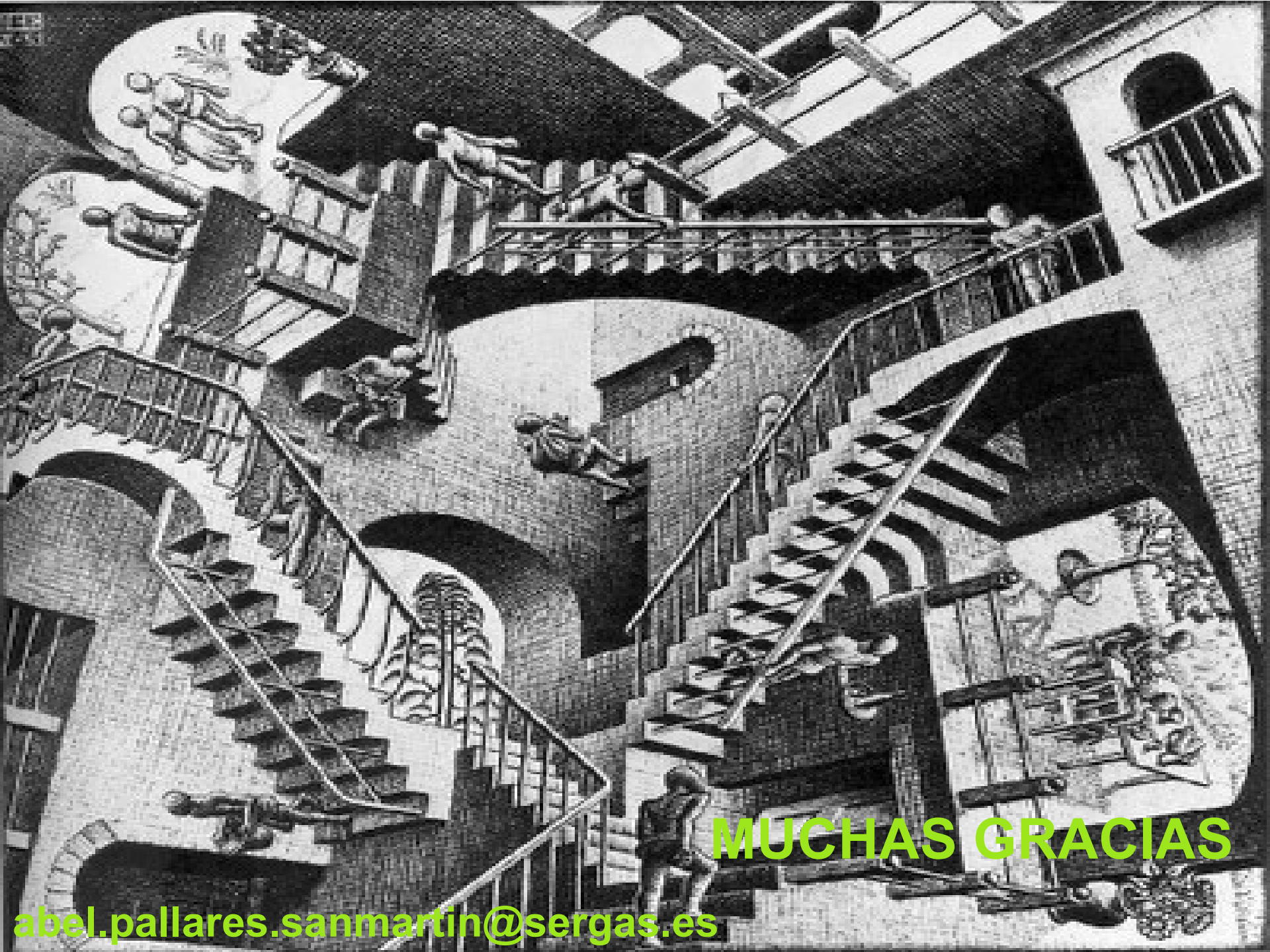


Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in people living with HIV in France (ANRS 144 Inter-ACTIV): a randomised controlled phase 3 clinical trial

	Varenicline group (n=102)	Placebo group (n=111)	Total (n=213)
Clinical adverse events			
Patients with clinical adverse events	76 (75%)	85 (77%)	161 (76%)
Patients with drug-related clinical adverse events	49 (48%)	43 (39%)	92 (43%)
Patients with grade 3 or 4 clinical adverse events*	23 (23%)	22 (20%)	45 (21%)
Patients with grade 3 or 4 drug-related clinical adverse events	7 (7%)	7 (6%)	14 (7%)
Number of grade 3 or 4 drug-related events	8	7	15
Sleeping disorders†‡	2	2	4
Depression†	1	1	2
Behavioural disorders†§	2	1	3
Drowsiness†	1	0	1
Headache†	1	0	1
Digestive disorders	0	2	2
Asthenia	1	0	1
Tinnitus	0	1	1
Patients with serious clinical adverse events	12 (12%)	12 (11%)	24 (11%)
Patients with psychiatric disorders (any grade)	38 (37%)	42 (38%)	80 (38%)
Patients with drug-related psychiatric disorders (any grade)	24 (24%)	27 (24%)	51 (24%)
Patients with cardiovascular disorders	6 (6%)	8 (7%)	14 (7%)
Number of cardiovascular disorders	8 (8%)	10 (9%)	18 (8%)

Conclusiones

- Existe relación causal entre ambas patologías
- Mayor supervivencia: mayor comorbilidad
- Tratamiento idéntico que no VIH
- Mayor incidencia tabaquismo en VIH
- Falta sensibilización ante tabaquismo
 - Minimización: abuso otras sustancias
 - Ausencia apoyo instituciones
 - Ausencia mentalización profesionales



MUCHAS GRACIAS

abel.pallares.sanmartin@sergas.es