

Editorial

¿Las guías de tratamiento de la EPOC abordan adecuadamente el tratamiento del tabaquismo?



Do COPD treatment guidelines correctly address the treatment of smoking?

 Carlos A. Jiménez Ruiz^{a,*} y Juan Antonio Riesco Miranda^b
^a Unidad Especializada en Tabaquismo, Comunidad de Madrid, PII SEPAR de Tabaquismo, Madrid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, CIBERES, España

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la EPOC. Se estima que alrededor del 50% de los fumadores inveterados desarrollan EPOC y que, aproximadamente el 80% de las comorbilidades asociadas a EPOC son causadas por el tabaco¹. Todos los estudios coinciden en señalar que el único tratamiento eficaz para conseguir detener la evolución crónica de la obstrucción en la EPOC es el abandono del consumo del tabaco^{1,2}. Además, se sabe que entre el 30-45% de los pacientes con EPOC moderada o severa continúan fumando¹.

Estudios poblacionales pusieron de manifiesto que los fumadores con EPOC tienen características específicas que los diferencian de aquellos que no tienen esta enfermedad³. Los fumadores con EPOC consumen un mayor número de cigarrillos diarios, tienen más alto grado de dependencia física por la nicotina, tienen más bajos niveles de motivación y auto-eficacia, y padecen depresión con mucha mayor frecuencia que los fumadores sin EPOC³.

Todas estas características convierten a los fumadores con EPOC en un específico grupo de pacientes que tiene mayores dificultades para dejar de fumar y requiere de un tratamiento más intensivo para ayudarles a conseguirlo^{4,5}.

Cuando se estudian las diferentes guías para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la EPOC, sorprende ver la escasa atención que estos documentos científicos dedican al estudio del tabaquismo en los pacientes con EPOC^{1,2}. Es la Guía española GesEPOC², la única en dedicar una considerable atención a este importante aspecto del tratamiento integral del paciente con EPOC.

El abordaje del tabaquismo en los fumadores con EPOC debe investigar siempre 3 facetas: el grado de dependencia por la nicotina, el grado de motivación para dejar de fumar y la presencia de depresión^{2,3}.

Los fumadores con EPOC tienen un alto grado de dependencia por la nicotina, a pesar, de que algunos de ellos consuman un escaso número de cigarrillos diarios³. En estos pacientes, la respuesta a la pregunta sobre cuánto tiempo transcurre desde que se levantan

hasta que consumen el primer cigarrillo del día, es muy definitoria del grado de dependencia que padecen por la nicotina⁶.

Hasta un 45% de los fumadores con EPOC no quiere dejar de fumar, a pesar de conocer que su enfermedad está causada por el consumo del tabaco³. Se ha propugnado la utilización de una escala análogo-visual que ayude a determinar su grado de motivación para dejar de fumar^{4,5}. Tanto aquellos que quieren, como los que no quieren dejar de fumar, deben recibir tratamiento para cambiar de actitud y ayudarles a conseguirlo; con ligeros matices en unos y en otros^{4,5}.

Depresión es una comorbilidad muy frecuente entre los pacientes con EPOC y es, aún más frecuente, entre aquellos que, además, consumen tabaco⁷. Por ello, es imprescindible que en los fumadores con EPOC se analice la presencia de depresión y en caso de encontrarla, el paciente deberá recibir adecuado tratamiento de la misma. Se recomienda la utilización del test de Beck para el diagnóstico de este proceso^{4,5}.

Todas las recomendaciones de tratamiento del tabaquismo en fumadores con EPOC coinciden en señalar que el tratamiento más eficaz para ayudarles a dejar de fumar es la combinación entre apoyo psicológico y tratamiento farmacológico^{4,5}. El apoyo psicológico que se preste a estos fumadores debe cumplir con unas características específicas que a continuación comentamos.

El apoyo y asesoramiento que los profesionales sanitarios ofrecen a los fumadores con EPOC debe ser transmitido con empatía, comprensión y respeto. El sujeto debe saber que: a) dejar de fumar es la única medida terapéutica eficaz para controlar la evolución de su enfermedad; b) los tratamientos con broncodilatadores y/o corticoides inhalados son menos eficaces si persiste en el consumo, y c) el equipo sanitario que le atiende está disponible para ayudarle a dejar de fumar (esto, incluso, debe hacerse saber mediante el envío de cartas, SMS, e-mails y nuevas tecnologías)^{4,5}.

Además, es conveniente la utilización del cálculo de la edad pulmonar en relación con la edad cronológica mediante la fórmula de ecuación lineal de Morris-Temple.

Un estudio aleatorizado mostró que el grupo de fumadores que había sido informado con los datos de su edad pulmonar, en comparación con el grupo que fue informado solo con los datos de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.jimenez@salud.madrid.org (C.A. Jiménez Ruiz).

su espirometría, incrementaba no solo su motivación para dejar de fumar, sino también su tasa de abstinencia después de recibir tratamiento (13,6 versus 6,4%)⁸.

Otro dato relevante para el asesoramiento y apoyo a los fumadores con EPOC es la necesidad de que se pauten consultas de seguimiento específicas, distintas a las del seguimiento de la EPOC, para ayudarles a dejar de fumar.

El tratamiento farmacológico del tabaquismo en este grupo de pacientes es parte fundamental del proceso. Tres tipos de fármacos han demostrado ser eficaces para ayudar a los fumadores con EPOC a dejar de fumar: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), vareniclina y bupropion^{4,5}. En aquellos fumadores que tienen bajo o moderado grado de dependencia por la nicotina estos fármacos deben ser prescritos a dosis y tiempo de utilización estándar^{4,5}. En tanto que en los fumadores con alto grado de dependencia o en aquellos que han realizado intentos previos de abandono, que han sido correctamente tratados y que, a pesar de ello, han fracasado, la prescripción de estos fármacos a dosis elevadas o con prolongación de su tiempo de utilización o en combinación se hace imprescindible^{4,5}.

El tratamiento de tabaquismo debe incluir a aquellos fumadores con EPOC que no quieren dejar de fumar. En estos, el apoyo y asesoramiento deberá ir dirigido a que reduzcan progresivamente el número de cigarrillos consumidos al día, como paso previo al abandono definitivo^{4,5}. Además, la prescripción de tratamiento farmacológico para ayudar a estos fumadores a que alcancen la reducción y a que la mantengan, se ha mostrado eficaz y segura^{9,10}.

Resumiendo, las principales guías de abordaje diagnóstico y terapéutico de la EPOC prestan escasa atención al tratamiento del tabaquismo. El tratamiento del tabaquismo en los fumadores con EPOC debe prescribirse tanto en aquellos que quieren dejar de

fumar, como en los que no quieren^{4,5}. Siempre consistirá en la combinación de apoyo psicológico y tratamiento farmacológico^{4,5}.

Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Updated 2016 [consultado 7 Ene 2016]. Disponible en: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report%202016.pdf
2. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50 Supl 1:S1–16.
3. Jiménez-Ruiz CA, Masa J, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, et al. Smoking characteristics: Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. Chest. 2001;119:1365–70.
4. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con EPOC. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2013;49:354–63.
5. Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen P, van Schayck CP, Hajek P, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. Eur Respir J. 2015;46:61–79.
6. Heatherton TF, Kozlowsky LT, Frecker RC, Baker T, Whisler W, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict. 1991;86:1119–27.
7. Miravittles M, Molina J, Quintano JA, Campuzano A, Pérez J, Roncero C, DEPREPOC Study Investigators. Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD. Respir Med. 2014;108:1615–25.
8. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: The Step2quit randomised controlled trial. BMJ. 2008;336:598–600.
9. Wang D, Connock M, Barton P, Fry-Smith A, Aveyard P, Moore D. «Cut down to quit» with nicotine replacement therapies in smoking cessation: A systematic review of effectiveness and economic analysis. Health Technol Assess. 2008;12:1–135.
10. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: A randomized clinical trial. JAMA. 2015;313:687–94.