

CASO CLÍNICO

Persistencia del tabaquismo en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EDMUNDO ROSALES-MAYOR,
SALVADOR SIALER CHÁVEZ
Y ROSANEL AMARO RODRÍGUEZ

Servicio de Neumología.
Hospital Clínic de Barcelona.

En la última encuesta EDADES, un 31,8% de los españoles fuma diariamente¹. Se atribuye al tabaquismo de un 80 a un 90% de los casos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)² y casi un 80% de las muertes relacionadas con esta enfermedad³. La primera acción terapéutica en un paciente con EPOC es la cesación tabáquica. Sin embargo, no es infrecuente encontrar pacientes, incluso graves, que persisten en el hábito. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de EPOC y que es fumadora activa.

Caso clínico

Mujer de 60 años de edad, fumadora activa hasta hace 2 meses (grado de adicción: 60 paquetes-año).

Antecedentes de obesidad de grado 1, trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con paroxetina y alprazolam, tromboembolia pulmonar en 2002 y desde entonces en tratamiento con acenocumarol. Ecocardiograma de control (mayo de 2011), cavidades cardíacas y estructuras valvulares de dimensiones y movilidad normales. EPOC GOLD II. Última espirometría en septiembre de 2011: volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada (FEV₁), 1,57 l (66%); capacidad vital forzada (FVC), 2,48 l (79%), y FEV₁/FVC, 0,63; prueba broncodilatadora (PBD) FEV₁ post-BD, 1,36 l, -13%. La paciente sigue tratamiento broncodilatador inhalado (agonistas β_2 más corticoide inhalado, combinados, y anticolinérgico de larga duración). Desde el año 2006 ha presentado de una a dos agudizaciones de la EPOC anuales que han requerido ingreso hospitalario.

En los controles ambulatorios se le ha insistido en que abandone el hábito tabáquico, iniciando apoyo psicológico que no ha sido efectivo, motivo por el cual se inicia la administración de vareniclina el 30 de junio de 2011. En la visita de control a los 3 meses, la paciente refiere haber dejado de fumar.

Discusión

El hecho de fumar o estar expuesto al humo del tabaco se asocia con muerte prematura por enfermedades crónicas, genera pérdidas económicas a la sociedad y es una carga considerable a los sistemas de salud³. Desde la promulgación en España en el año 2005 de la Ley 28/2005 que trataba de las medidas frente al tabaquismo y la regulación de los productos del tabaco⁴, hay una tendencia a la estabilización en el consumo tras el descenso observado los años previos durante su debate social¹.

Las agudizaciones tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes con EPOC, además de estar relacionadas con un aumento de las admisiones hospitalarias y la mortalidad⁵.

Se ha observado que muchos médicos no ofrecen de forma consistente o adecuada un tratamiento para la deshabituación del tabaco. En los pacientes fumadores, la falta de consejo médico claro durante la deshabituación reduce las probabilidades de éxito⁶. Se ha constatado que los pacientes con EPOC que abandonan el hábito de fumar de forma sostenida tienen una menor mortalidad comparada con los que continúan fumando². Diversas investigaciones apoyan la efectividad de las intervenciones del tipo asesoramiento psicológico y/o farmacológicas para la deshabituación del tabaco^{6,7}. Existen diferentes terapias farmacológicas, como las de reemplazo de la nicotina (parches, gomas de mascar, aerosoles nasales, etc.), bupropión, vareniclina o citisina^{6,7}. A pesar de su eficacia en la cesación tabáquica, la vareniclina puede provocar efectos adversos, como insomnio, náuseas y sueños vívidos. Además, hay que tener precaución al usarlo en pacientes con insuficiencia renal significativa o en tratamiento con diálisis, con enfermedades psiquiátricas graves y con enfermedades cardiovasculares. En el caso de pacientes con trastornos depresivos se ha observado empeoramiento de la sintomatología depresiva; además, se han descrito reacciones psiquiátricas graves, como suicidio o ideación suicida⁸. Se inicia idealmente 1 semana antes de dejar el tabaco en dosis de 0,5 mg/24 h los días 1 a 3, luego 0,5 mg/12 h los días 4 a 7, y posteriormente 1 mg/12 h hasta el final del tratamiento, para el cual se recomienda una duración de 3 a 6 meses. El profesional debe comentar con el paciente los beneficios y riesgos asociados a las diversas opciones terapéuticas, aclarando las posibles dudas

que se tengan sobre éstas, lo cual hará aumentar las probabilidades de éxito⁹.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2009/2010. España, 2010 [citado 2011 Octubre 01]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/presentacionEdades200910.ppt>
2. The 2004 United States Surgeon General's Report: The Health consequences of smoking. N S W Public Health Bull. 2004;15(5-6):107.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008;57(45):1226-8.
4. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Espacio sin humo. España [citado 2011 Octubre 01]. Disponible en: <http://www.msc.es/novedades/sinHumo/home.htm>
5. Miravittles M, Guerrero T, Mayordomo C, Sanchez-Agudo L, Nicolau F, Segu JL. Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: a multiple logistic regression analysis. The EOLO Study Group. Respiration. 2000;67(5):495-501.
6. Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. N Engl J Med. 2011;365(13):1222-31.
7. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, et al. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. N Engl J Med. 2011; 365(13):1193-200.
8. Harrison-Woolrych M, Ashton J. Psychiatric adverse events associated with varenicline: an intensive post-marketing prospective cohort study in New Zealand. Drug Saf. 2011;34(9):763-72.
9. Fiore M, United States. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. 2008 update ed. Rockville, Md.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.