

Editorial

Tabaquismo en pacientes con EPOC, ¿un nuevo fenotipo clínico?

Smoking In COPD Patients: A New Clinical Phenotype?

 Francisco Carrión Valero^{a,*}, Susana Paulos Dos Santos^a y Bartolomé R. Celli^b
^a Servicio de Neumología, Hospital Clínic Universitari, Departamento de Medicina, Universitat de València, Valencia, España

^b Pulmonary and Critical Care Division, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, EE. UU.


La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable. El consumo de tabaco es la principal causa de la EPOC en nuestro medio, de forma que el 85% de los casos son debidos al consumo de tabaco y el 20% de los fumadores pueden desarrollar EPOC a lo largo de su vida. La exposición al humo del tabaco antes de nacer, en la infancia y en la adolescencia puede afectar al crecimiento de los pulmones¹. En la edad adulta, el tabaquismo pasivo también contribuye a la sintomatología y al desarrollo de la EPOC.

Aunque la mayoría de fumadores desea dejar de fumar, muy pocos reciben atención sanitaria para este fin. Recientemente, el Eurobarómetro de la Comisión Europea² ha documentado que en España solo uno de cada 10 fumadores que deja de fumar lo hace con ayuda de su médico, una cifra muy inferior a la de otros países europeos, como el Reino Unido.

En el año 2016 murieron 2,9 millones de personas en el mundo como consecuencia de la EPOC, la 6.^a causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud ha pronosticado que en el año 2030 será responsable del 8,3% de todas las muertes que sucedan y será la 3.^a causa de muerte³.

La prevalencia de la EPOC en individuos entre 40 y 80 años de edad en España es del 10,2%⁴. El estudio EPI-SCAN puso de manifiesto que 2 millones personas (entre ellas el 25% mujeres) padecen EPOC en nuestro país. El 73% de los pacientes no conoce que sufre la enfermedad, no reciben tratamiento para ella y con frecuencia siguen fumando⁵.

A pesar de que ayudar abandonar el tabaco es la intervención más importante en la EPOC, no ha sido una prioridad entre los neumólogos europeos hasta ahora⁶ y, como consecuencia, más de la tercera parte de los pacientes con EPOC siguen fumando. El tratamiento del tabaquismo es una intervención muy coste-efectiva, que contribuye a reducir el riesgo de desarrollar EPOC y limita su progresión cuando la enfermedad ya está establecida^{6–8}. En un estudio multicéntrico internacional, el 40% de los participantes con EPOC moderada a grave eran fumadores⁹. En el mismo sentido, según datos del estudio AUDIPOC, casi el 25% de los pacientes ingresados por una exacerbación de EPOC son fumadores activos¹⁰.

El efecto beneficioso de dejar de fumar en el curso del declinar del FEV₁ y en el pronóstico de la EPOC está bien establecidos en la literatura^{7,8} y recientemente se ha documentado su influencia sobre las hospitalizaciones. Un estudio danés que incluyó a más de 19.000 participantes con 1.260 hospitalizaciones en un periodo de seguimiento de 14,4 años, demostró que dejar de fumar se asociaba a una reducción del riesgo de ingreso hospitalario (HR: 0,57; IC 95%: 0,33-0,99)¹¹.

El tratamiento del tabaquismo es la intervención terapéutica más importante y coste-efectiva en la EPOC. La eliminación del consumo de tabaco es la única medida preventiva y eficaz para detener la evolución progresiva de esta enfermedad^{7,8}, y tiene un impacto determinante en la reducción de la mortalidad. Por ello resulta tan sorprendente la alta tasa de tabaquismo en los pacientes con EPOC y la escasa atención que hasta ahora se ha realizado de manera rutinaria por los especialistas.

La reciente actualización del Documento GOLD (*Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017 report*), ha supuesto un avance considerable para facilitar la prevención y el tratamiento de la EPOC. La aportación más importante sintetiza las opciones terapéuticas para los grupos de gravedad A-D. Aunque el documento completo incluye el abordaje del tabaquismo en todos los escenarios, el resumen ejecutivo que se ha publicado en las más importantes revistas neumológicas, solo le dedica 19 líneas en todo el manuscrito¹².

Sin embargo, si se dedican recursos eficaces y tiempo a dejar de fumar se alcanzan resultados esperanzadores¹³. El tratamiento sustitutivo con nicotina, bupropion, vareniclina y, en algunos pacientes nortriptilina, aumentan las tasas de abstinencia a largo plazo, pero no se deben usar como intervención única sin seguimiento. Sorprendentemente, estas medicaciones han sido bien estudiadas en numerosos ensayos clínicos controlados, pero pocos han sido realizados en pacientes con EPOC. Los fumadores con EPOC tienen unas características específicas de su tabaquismo que los convierten en grupo con especiales dificultades para dejar de fumar y pocos son los estudios que han intentado determinar las causas de este fenómeno.

La Guía española de la EPOC (GesEPOC) fue la primera guía clínica en EPOC en proponer un tratamiento guiado por fenotipos clínicos, un enfoque que ha sido adoptado por las guías nacionales de EPOC en diversos países europeos¹⁴. GesEPOC define el fenotipo

* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: carrión_fra@gva.es (F. Carrión Valero).

clínico como «aquellos atributos de la enfermedad que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC con relación a parámetros que tienen significado clínico», y recomienda identificar el fenotipo e indicar un tratamiento diferente y específico en cada caso. En la edición 2017 GesEPOC reconoce 4 fenotipos: 1) no agudizador, 2) EPOC-asma (ACO), 3) agudizador con enfisema y 4) agudizador con bronquitis crónica.

En definitiva, aunque el EPOC-tabaquismo no cumple de manera estricta los criterios establecidos para ser un fenotipo de la enfermedad, al no ser un atributo de la misma, la evidencia soporta el concepto de que la identificación del «EPOC-tabaquismo» en la clasificación inicial puede contribuir a mejorar el tratamiento de los enfermos, ya que es capaz de clasificar a los pacientes en un subgrupo con valor pronóstico que permite determinar la terapia más adecuada, incluyendo el tratamiento sistemático y rutinario del tabaquismo. Por ello y en cumplimiento del primero de los diez mandamientos de la EPOC¹⁵ abogamos por incluirlo en la clasificación inicial.

Bibliografía

1. Carrión Valero F, Jiménez Ruiz CA. El tabaquismo pasivo en la infancia. Arch Bronconeumol. 1999;35:39–47.
2. Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. European Commission, 2017.
3. Murray CJL. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 GBD 2016. Lancet. 2017;390:1151–210.
4. Miravittles M, Soriano JB, García Río F, Muñoz L, Durán Tauleria E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax. 2009;64:863–8.
5. Soriano JB, Miravittles M, Borderías L, Durán-Tauleria E, García Río F, Martínez J, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. Arch Bronconeumol. 2010;46:522–30.
6. Jiménez Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen P, van Schayck, 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 Resp J. 2015;46:61–79.
7. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist S, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaler anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁: The Lung Health Study. JAMA. 1994;272:2721497–505.
8. Kohansal R, Martínez-Cambor P, Agustí A, Buist S, Soriano JB. The natural history of chronic airflow obstruction revisited: An analysis of the Framingham offspring cohort. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180:3–10.
9. Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T, Schmidt H, Rutten-van Mölken MP, Beeh KM, et al. POET-COPD InvestigatorsAT Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. NEJM. 2011;364:1093–103.
10. Pozo Rodríguez F, López Campos JL, Álvarez Martínez C, Castro Acosta A, Agüero R, Huetto J, et al. AUDIPOC Study Group. Clinical Audit of COPD patients requiring hospital admissions in Spain. AUDIPOC study. PLoS One. 2012;7:e42156.
11. Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M, Prescott E. Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: A Danish population study. Thorax. 2002;57:967–72.
12. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Borbeau J, et al. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD. Arch Bronconeumol. 2017;53:128–49.
13. Van Eerd EA, van der Meer RM, van Schayck OC, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016;CD010744.
14. Guía de Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con EPOC. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017;53 Ext 1:4–64.
15. Marín JM, Cote C, Casanova C, Pinto-Plata V, de Oca MM, Divo MJ, et al. Simplicando las guías: los diez mandamientos de la EPOC. Arch Bronconeumol. 2016;52:179–80.