

SERVICIOS ASISTENCIALES Y CRONICIDAD.

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CON EPOC. CESACIÓN TABÁQUICA.

El farmacéutico está más próximo al paciente que su propio médico, por lo que puede realizar diversos tipos de intervenciones en el paciente con EPOC que colaboren en la mejora de los resultados obtenidos.

La mejor intervención en la EPOC radica en la prevención del hábito tabáquico, y la de mayor utilidad para retardar la progresión de la misma, una vez instaurada, consiste en las medidas para producir la cesación tabáquica. Ello se consigue mediante intervenciones de tipo educativo, explicando el papel del abandono del tabaco sobre la función pulmonar, los tipos de tratamientos existentes para su consecución y el apoyo profesional en el uso de los mismos.

En nuestro país, el factor de riesgo más importante (y casi único) asociado a la EPOC es el tabaquismo, por lo que las medidas cuyo objetivo sean la cesación tabáquica serán las de mayor relevancia, toda vez que la prevalencia de dicho factor, si bien ha descendido ligeramente, no es nada despreciable, especialmente en el caso de la mujer.

La primera intervención sobre prevención tabáquica va dirigida a la no exposición del tabaco del feto, a través de metabolitos que llegan vía sangre hasta el útero. Posteriormente, se debe hacer hincapié en evitar la exposición de los niños al humo de las personas que fumen en la casa, pues el tabaquismo pasivo de los menores de dos años repercute en una prevalencia aumentada de infecciones respiratorias y en un riesgo incrementado de desarrollar sintomatología respiratoria crónica a lo largo de la vida. Finalmente, es imprescindible prevenir el hábito en niños y jóvenes, especialmente en el sexo femenino, ya que se está apreciando un crecimiento mayor que en el masculino.

Las organizaciones sanitarias y políticas, entre otras, tienen un papel relevante en la prevención del hábito. Así, una medida como el aumento del precio de los cigarrillos se ha revelado como satisfactoria al reducir la demanda en todos los niveles de ingresos: ello induce a ciertos fumadores a abandonar el hábito y previene a otros de iniciarlo. Otras intervenciones, como la información al consumidor, especialmente cierta información 'de choque' puede reducir la demanda y prevenir su consumo. Además, las restricciones al tabaquismo bene-

fician no sólo a los fumadores sino que son también de gran utilidad en los no fumadores.

La cesación tabáquica es la intervención más efectiva, y más coste-efectiva, para reducir la exposición a sus factores de riesgo, ya que puede prevenir o retardar el desarrollo de la limitación al flujo aéreo o reducir su progresión, de modo que todos los fumadores, padezcan o no una EPOC, deben ser dirigidos hacia programas de cesación tabáquica. Además, produce un ahorro notable de consumo de recursos sanitarios. Existen guías publicadas con las recomendaciones para emprender este tipo de programas cuyas conclusiones se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 1: Principales recomendaciones de las guías para la cesación tabáquica.

1	La dependencia del tabaco es una condición crónica que justifica un tratamiento repetido a largo plazo hasta que la abstinencia permanente se ha alcanzado.
2	Los tratamientos efectivos para la dependencia del tabaco existen y deberían ser ofrecidos a todos los usuarios del tabaco.
3	Los sanitarios deben institucionalizar una adecuada identificación, documentación y tratamiento de cada fumador en cada visita realizada.
4	Las instrucciones del tratamiento para la dependencia tabáquica son efectivas y deberían ser ofrecidas a todo fumador.
5	Existe una fuerte relación dosis - respuesta entre la intensidad del consejo sobre la dependencia al tabaco y su efectividad.
6	Se han evidenciado tres tipos de consejo especialmente efectivos: consejo práctico, soporte social como parte del tratamiento, y soporte social realizado fuera del tratamiento.
7	Se han evidenciado cinco terapias farmacológicas que son efectivas como tratamiento de primera línea para la dependencia tabáquica: bupropión y chicle, inhalador, spray nasal y parche de nicotina; al menos una de ellas debería ser prescrita, si no existe contraindicación alguna.
8	Los tratamientos de dependencia tabáquica son coste - efectivos.

El US Public Health Service Report marca unos pasos básicos para realizar la intervención en cesación tabáquica que se resumen en 5 puntos importantes.

1. PREGUNTAR: Identificar sistemáticamente todos los fumadores en cada visita

- Valorar el consumo de tabaco de forma rutinaria
- Usar etiquetas recordatorias o recuerdo en los sistemas informatizados

2. ACONSEJAR a todos los pacientes que dejen de fumar: El consejo debe ser:

- Claro
- Fuerte
- Personalizado

3. VALORAR disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar y actuar :

- Si el paciente es capaz de hacer un intento sólo: Ayudar.
- Si el paciente quiere ayuda intensiva: Proporcionársela o derivarlo.
- Si claramente dice que no es capaz de dejar de fumar en este momento: Entrevista motivacional.
- Si es adolescente, o embarazada, o de una minoría étnica: información adicional.

4. AYUDAR al paciente a dejar de fumar:

- Fijar una fecha. Ayudar al paciente a fijar una fecha en las 4 semanas siguientes.
- Buscar el apoyo del entorno social: familia, amigos, compañeros de trabajo.
- Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas.
- Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual.
- Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas
- Dar apoyo claro desde el centro de salud.
- Ayudar a obtener apoyo social fuera del centro de salud: en su entorno social.
- Recomendar ayudas farmacológicas.
- Proporcionar material de auto-ayuda y ofrecerse a discutirlo con el paciente.

5. FIJAR visitas de seguimiento:

- Fijar visitas de seguimiento después de dejar de fumar.

Al inicio de la intervención, se ha de valorar el estado del individuo respecto del tabaco. Por ello, el primer paso consiste en preguntar acerca del consumo de tabaco. Una vez establecido que el individuo fuma es preciso valorar su dependencia y su motivación. Para evaluar la dependencia se puede utilizar el test de Fagerström (Tabla 2) si bien, en muchas ocasiones puede ser suficiente realizar unas preguntas básicas.

Tabla 2: Fagerström

Pregunta	Respuesta	Puntos
¿Cuánto tiempo tarda entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	- Hasta 5 min. - Entre 6 y 30 min. - Entre 31 y 60 min. - Más de 60 min.	3 2 1 0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido como en el cine o en una biblioteca?	- Sí - No	1 0
¿Qué cigarrillo le desagradaba más dejar de fumar?	- El primero de la mañana - Cualquiera otro	1 0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	- 10 ó menos - De 11 a 20 - De 21 a 30 - 31 ó más	0 1 2 3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	- Sí - No	1 0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	- Sí - No	1 0

El grado de motivación se evalúa mediante el test de Richmond (Tabla 3). Junto con la dependencia son los dos elementos relevantes a cuantificar: cuanto mayor es la dependencia del individuo, mayor será la intensidad de la intervención, pero si la disposición al abandono es escasa o nula, debido a una ligera o inexistente motivación, el paciente se halla en fase de precontemplación, por lo que será preciso no iniciar ningún abordaje hasta que se encuentre en fase de preparación.

Tabla 3: Test de Richmond.

Pregunta	Respuesta	Puntos
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	- Sí - No	1 0
¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?	- Nada - Algo - Bastante - Mucho	0 1 2 3
¿Intentará dejar de fumar completamente en las próximas 2 semanas?	- Definitivamente no - Probablemente - Seguramente - Definitivamente sí	0 1 2 3
¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?	- Definitivamente no - Probablemente - Seguramente - Definitivamente sí	0 1 2 3

Consejo sanitario para cesación tabáquica

Los pacientes se clasifican en cuatro categorías, en función del consumo y su dependencia:

- no fumadores que nunca fumaron.
- no fumadores que lo dejaron recientemente.
- fumadores que no quieren dejar de serlo.
- fumadores que están dispuestos a realizar un intento serio de abandono.

La intervención, una vez valorado el paciente fumador, se realizará mediante el consejo sanitario (aunque sea mínimo) acompañado, si la dependencia es significativa, de un tratamiento farmacológico. Así, todo fumador que acuda a un profesional sanitario debería recibir siempre, al menos, un consejo serio, sencillo, corto y personalizado. Numerosos estudios han evaluado la efectividad del consejo mínimo frente a no hacer ninguna intervención, observándose que este tipo de actuación produce un cierto incremento significativo en el índice de abstinencia, y otros que han evaluado la efectividad de la intervención según la intensidad de la intervención han demostrado que en la medida en que aumenta ésta, se ve incrementada la abstinencia. En definitiva, el consejo simple presenta un efecto ligero sobre la tasa de cesación tabáquica, pero con una intervención más intensa aumenta significativamente el resultado, motivo por el cual el consejo para la cesación tabáquica debería formar parte de la rutina profesional ante el fumador.

Tratamiento farmacológico adicional.

Como complemento al consejo sanitario, las diferentes recomendaciones nacionales e internacionales indican el tratamiento farmacológico adicional. El mismo presenta 2 tipos diferentes:

- primera elección, así considerado por haber demostrado sobradamente una eficacia adecuada y producir escasos efectos secundarios. En este grupo se halla la terapia sustitutiva con nicotina, en chicles, parches, aerosoles e inhalador bucal, y el bupropión.
- segunda elección, porque su eficacia es más limitada y ocasiona más efectos adversos. En este otro grupo están la clonidina y la nortriptilina.

La terapia sustitutiva de nicotina es el tratamiento esencial en las intervenciones dirigidas a la cesación tabáquica. Las tasas de cesación tabáquica varían ligeramente en las diferentes formas de aplicación y su efectividad no ha variado sustancialmente cuando se ha aplicado bajo prescripción médica o cuando ha pasado a ser libre prescripción por su paso a EFP. Existen también numerosos estudios en los que se ha evaluado la efectividad del tratamiento farmacológico frente a únicamente el consejo farmacéutico demostrándose, aunque puede variar mucho según los estudios, un incremento significativo cuando se adiciona el tratamiento farmacológico al consejo sanitario. Algunos de estos estudios también han evaluado los costes de las diferentes alternativas de tratamiento para la cesación tabáquica y también los resultados aconsejan la utilización de ambas intervenciones (consejo sanitario y tratamiento con parches o chicles) ya que presentan un balance coste-efectividad positivo.

Otros fármacos utilizados en las intervenciones para cesación tabáquica, dentro de la terapia de primera línea, son bupropión y vareniclina que han demostrado en ensayos ser más efectivos que placebo. El mecanismo de acción de vareniclina difiere del de los

sustitutivos de la nicotina y del bupropión. Se trata de un agonista parcial de los receptores de acetilcolina con mayor afinidad que la nicotina sobre los receptores alfa-4 alfa-2; lo que, teóricamente, aliviaría los síntomas de la abstinencia nicotínica y el deseo de fumar, bloqueando a su vez los efectos de refuerzo del uso continuado de nicotina.

Se administra por vía oral durante 12 semanas a dosis de 1 mg/12 horas, después de una titulación previa semanal; iniciando el tratamiento entre 1 y 2 semanas antes de la fecha fijada por el paciente para dejar de fumar; pudiendo utilizarse dosis inferiores en pacientes que no toleren los efectos adversos.

Por lo general ha sido bien tolerada por los pacientes en los ensayos clínicos, siendo el efecto adverso más frecuente las náuseas, en su mayoría de carácter leve a moderado y con tendencia a disminuir con el transcurso del tiempo.

Algunos estudios reflejan que el tratamiento con vareniclina aumentó la probabilidad de éxito de abandono del hábito de fumar a largo plazo entre dos y tres veces en comparación con los intentos de abandono sin ayuda farmacológica; siendo más frecuente el éxito en los pacientes tratados con este fármaco que en los tratados con bupropión.

En el abandono del tabaco, sin embargo, aunque existe un uso rutinario en la atención sanitaria de las distintas opciones farmacológicas que existen para ayudar a dejar de fumar, se desconoce con exactitud cuál de ellos presenta un mayor nivel de eficacia.

Un estudio a gran escala que se estuvo realizando desde mayo de 2012 hasta noviembre de 2015, comparó la eficacia y las tasas de abandono asociadas a las distintas opciones disponibles para ayudar a dejar de fumar. Los 2.687 participantes que habían estado fumando una media de 17 cigarrillos/día durante 29 años, reclutados en diferentes regiones de los estados unidos, fueron asignados al azar y de forma no cegada a uno de los tres grupos de tratamiento farmacológico de 12 semanas diseñados para el abandono del tabaquismo: grupo 1, utilización únicamente parches de nicotina empezando con 8 semanas de parches de 21mg, luego de 2 semanas de parches de 14mg, y 2 semanas más de parches de 7mg, excepto en los que habían sido fumadores de sólo 5-10 cigarrillos/día que empezaron con parches de 14mg durante 10 semanas y siguieron con 2 semanas más con parches de 7mg; grupo 2, solo vareniclina, hasta 1mg mientras fuera bien tolerada y que se empezó a tomar una semana antes del abandono; y grupo 3, de terapia combinada de reemplazo de nicotina con el uso de parches con la misma pauta que el grupo 1 complementado con pastillas de nicotina de 2 ó 4mg que debían ser tomadas al menos 5 veces por día. El resultado primario fue el autoreporte, con confirmación bioquímica (monóxido de carbono exhalado $\leq$ 5ppm), de 7 días de abstinencia puntual a las 26 semanas. Entre los resultados secundarios se incluyó, la abstinencia prolongada a las 26 semanas, y la abstinencia puntual en las semanas 4, 12 y 52. Todos los participantes dispusieron a lo largo del proceso de la posibilidad de 6 sesiones de asesoramiento motivacional.

Todas las medidas realizadas presentaron resultados comparables, sin diferencias significativas, entre los diferentes métodos estudiados: las tasas de adherencia a la medicación fueron similares para todos los casos en la semana 8 (45,2% en el grupo de parche; 49,3% en el grupo vareniclina; y 49,6% y 43,0% en el grupo C-TSN, según sea para parche o pastilla respectivamente); los 7 días de prevalencia puntual de abstinencia a la semana 26 post abandono fueron de 8%, 6% y 6% para parche, vareniclina y

C-TSN respectivamente; los 7 días de abstinencia puntual a las 52 semanas fueron 8%, 1% y 2%, para parche, vareniclina y C-TSN respectivamente; y los datos de abstinencia prolongada a las 26 semanas fueron 9% para el parche de nicotina solo, del 5% para vareniclina, y del 4% para C-TSN (parche más pastillas). Todos los tratamientos fueron bien tolerados, pero vareniclina produjo acontecimientos adversos más frecuentes en relación a los parches de nicotina que fueron principalmente erupción cutánea (11%) y picazón (20%) en el caso de los parches, y sueños más vivos (23%), insomnio (22,2%)/somnolencia (16%) y náuseas (28,5%) con vareniclina.

Además de la constatación de que no existen diferencias significativas entre los métodos analizados, los muy discretos resultados de éxito conseguidos plantean preguntarse acerca de la relativa efectividad de los tratamientos farmacológicos intensivos que existen para dejar de fumar si no se acompañan de un seguimiento intensivo.

Intervenciones farmacéuticas

El farmacéutico comunitario está en la posición idónea para implementar intervenciones con el fin de reducir el hábito tabáquico

de su población de referencia, e intervenir activamente en la reducción de la progresión de enfermedades como la EPOC. Existen numerosos estudios que ponen de manifiesto la eficacia de las intervenciones de los farmacéuticos en la cesación tabáquica con tasas que van del 25 a cerca del 50% de éxito, pero una conclusión que se puede extraer de estos estudios radica en el hecho de que los mejores resultados se obtienen con programas que posean:

- un gran número de contactos o visitas (en este caso 9 visitas),
- un mayor número y variedad de estrategias (chicles o parches de nicotina)
- y que entren a colaborar diversos profesionales (el farmacéutico).

Los estudios en los que se han evaluado los costes, así como los efectos asociados a un programa de cesación tabáquica, utilizando la perspectiva del agente financiador, demuestran que un programa de cesación tabáquica implementado por farmacéuticos en el seno de la farmacia comunitaria es una medida coste-efectiva frente a la intervención exclusiva del propio paciente, y que debería ser llevada a cabo en dicho ámbito como una forma rutinaria del manejo del paciente con EPOC que posea dicho hábito tabáquico.

BIBLIOGRAFIA:

1. World Health Organization. Tobacco Free Initiative (TFI). [Consultado en Noviembre de 2017]. Disponible en línea: <http://www.who.int/tobacco/en/>
2. Riesgo de efectos adversos cardiovasculares graves asociados a vareniclina en la deshabituación del tabaco: revisión sistemática y metanálisis. BMJ 2012;344:e2856
3. Antoñanzas F, Portillo F. Evaluación económica del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. Gac Sanit 2003;17(5):393:403
4. Jiménez-Ruiz C, de Granda J, Solano S, Carrión F, Romero P, Barrueco F. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003;39(11):514-23
5. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Disponible en línea: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB000165.htm>
6. Dejar el tabaco sin humo con vareniclina: ensayo clínico a doble ciego y aleatorio. BMJ 2010;341:c6549 doi:10.1136/bmj.c6549
7. Estudio comparativo de la efectividad de diferentes opciones farmacológicas para el abandono del tabaquismo. JAMA. 2016; 315 (4): 371
8. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
9. Thorndike AN, Biener L, Rigotti NA. Effect on smoking cessation of switching nicotine replacement therapy to over the counter status. Am J Public Health 2002;92(3):437-42.
10. Pierce JP, Gilpin EA. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. JAMA. 2002 Sep 11; 288(10): 1260-4
11. Cromwell J, Bartosch W J, Fiore M C, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation JAMA 2001;278(11):1759-1766
12. Intervención de atención sostenida y cese del consumo de tabaco tras el alta entre adultos hospitalizados. JAMA 2014; 312(7):719-728

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es