

Policia y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica

Police and stress labor. Organizational stressors how cause of psychiatric morbidity

SANCHEZ MILLA JJ*; SANZ BOU MA*; APELLANIZ GONZALEZ A**; PASCUAL IZAOLA A**

* Jefe Unidad Sanitaria CNP

** Universidad del País Vasco UPV/EHU

(El artículo fue la base de la ponencia presentada en el Congreso Iberoamericano de Medicina del Trabajo, celebrado en Zaragoza en mayo del 2.000)

RESUMEN:

La profesión policial es una actividad de reconocido riesgo estresógeno "per se". Además de los propiamente inherentes al trabajo policial, existen otros factores de estrés, de carácter estructural, que inciden negativamente en la motivación y disposición de los policías a la hora de realizar su labor. Su conocimiento, y posibles mejoras, permiten una optimización de las aptitudes de las funciones y un mayor aprovechamiento de sus capacidades.

Palabras claves: estrés policial, turnicidad, frustración, carrera policial.

INTRODUCCION

La profesión de policía esta directamente relacionada con el estrés, debido al roce continuo que el desarrollo de su función implica en relación con la sociedad¹. Por ello, es una profesión estresante "per se". Esta fue una de las conclusiones que se dedujeron de la Mesa Redonda del primer Grupo de Trabajo del Ministerio del Interior, que bajo el tema "Policía y salud Mental" se celebraron en Madrid en 1.986. El policía desarrolla su labor en un entorno conflictivo, en el límite de la marginalidad y criminalidad. Además su herramienta habitual de trabajo -la defensa y la pistola- tiene un riesgo genérico que se añade como factor de estrés.

Pero además de estos factores puramente laborales, existen otros, de carácter organizativo, muy relacionado con las relaciones de los funcionarios entre sí, y con las características de desarrollo del trabajo policial, que inciden en mayor o menor manera en los policías, aumentando su fatiga psíquica, y sometidos a los efectos nocivos del estrés.

ESTRÉS LABORAL

El termino estrés fue empleado en un contexto científico por vez primera por Cannon en 1.911, relacionado la

SUMMARY:

The policial profession is an activity of recognizing psiquical risk. Besides the factors properly inherent to the policial work, other factors of psiquical risk exist, of structural character, that (inciden) negatively in the motivation and disposition of the policemen to the hour of carrying out their work. Their knowledge, and possible improvements, they permit a (optimización) of the aptitudes of the (funcioners) and an old use of their capacities.

Key words: Policial stress, (turnicidad), (frustración), career (policial).

influencia de los factores emocionales con el aumento de la secreción de ciertas catecolaminas, en concreto, la adrenalina¹. Cannon definía el estrés como un estímulo ante el cual el organismo respondía de una forma concreta, a diferencia de Selye, el cual, cambió el concepto definiéndolo como una respuesta ante la influencia de estímulos externos, que sobrepasaban la capacidad de reacción del organismo.

En primer lugar vamos a definir lo que es el estrés. Según el diccionario médico Dorland, se define el estrés como la situación de un individuo vivo, o de algunos de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, les pone en riesgo próximo de enfermar.

De una forma más escueta, pero clara, el diccionario médico Salvat, recuerda el origen de la palabra, indicando que estrés es una voz inglesa (esfuerzo, violencia, tensión), con la que se designa el estado de tensión excesiva como consecuencia de una acción, brusca o continuada, nociva para el organismo.

El estrés en si no tiene porque ser malo. Cuando nos ayuda, incentiva y motiva a ser mejores en nuestro trabajo y en nuestra vida de relación, se comporta como un factor positivo. Como tal factor positivo, tiene dos buenas consecuencias:



- AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD.
- AUMENTA LA SATISFACCION LABORAL.

El mismo factor, puede, en un momento determinado, tornarse negativo y comenzar a ser perjudicial para la persona, al superar los mecanismos internos e esta para controlar la presión. A partir de este momento, las consecuencias que podemos captar a causa de esa negatividad, son:

- AUMENTA EL RIESGO DE MORBILIDAD FISICA.
- AUMENTA EL RIESGO DE MORBILIDAD PSIQUICA.
- INTERACCIONA CON EL USO DEL ALCOHOL COMO EVASION.
- ALTERACIONES ASOCIADAS A SITUACIONES DE ESTRES.

En el aspecto físico, la morbilidad que se presenta como consecuencia de estrés o sobrecarga psíquica, se manifiesta a cuatro niveles principalmente:

- Síntomas gastrointestinales. Se presentan a menudo cuadros de gastritis y úlceras de estrés, síndrome de intestino irritable, meteorismo y aerofagia.
- Síntomas cardíacos. Arritmias, distonías neurovegetativas, crisis de hipertensión arterial.
- Síntomas musculares. Fasciculaciones, temblores,...
- Síntomas del Sistema Nervioso Central. Trastornos del sueño, ansiedad, irritación e inquietud,...

ESTRÉS Y POLICIA

En nuestro país, no se han realizado muchas revisiones con respecto al colectivo policial, pudiendo hacer mención al estudio de Nieto, Sánchez, Casado y colaboradores sobre la turnicidad en el colectivo². Otros autores señalan la importancia del síndrome del "Burnout" y últimamente, el "mobbing" como causa de incapacidad laboral. Sin embargo, en el mundo anglosajón, en los últimos 25 años, se han descrito por distintos autores, diversos aspectos de la influencia del estrés en colectivos policiales. Así, estudios de Guralnick³ -1.963-, Richard y Fell⁴ -1.975- y Schwartz y Schwartz⁵ -1.975-, concluyen señalando que los policías constituyen uno de los grupos profesionales con mayor frecuencia de suicidios.

Blackmore⁶ en 1.978, Kroes⁷ en 1.976 y Stratton⁸ en 1.978, coinciden en apreciar un incremento en el consumo de alcohol, estando relacionado este, con la presencia de situaciones y acontecimientos estresantes.

French⁹ -1.975-, Schwartz y Schwartz⁵ -1.975- y Stratton⁸ -1.978-, observan también una mayor prevalencia en los trastornos de ansiedad y en cuadros depresivos en colectivos policiales con respecto a otros grupos profesionales.

Richard y Fell⁴ en 1.975 y Blackmore⁶ en 1.978, señalan ambos que como colectivo, presentan más problemas de salud que otras profesiones.

En todos los trabajos se destaca que el colectivo policial presenta mayores tasas de problemas familiares y de divorcios que los demás colectivos estudiados.

FACTORES ESTRESOGENOS ORGANIZATIVOS

Vamos a señalar de una manera somera, distintos factores provocadores de estrés, que se relacionan, no directamente con el trabajo operativo habitual del policía, sino con la organización del trabajo y las relaciones interpersonales de los profesionales entre ellos, y con el medio. Estos factores se pueden dividir en 6 grupos:

- 1• Inherentes al puesto de trabajo.
- 2• Derivados de la función de organización.
- 3• Asociados al desarrollo de la carrera profesional.
- 4• Derivados de la estructura y atmósfera del trabajo.
- 5• Asociados a las relaciones laborales.
- 6• Exteriores al trabajo.



1. FACTORES INHERENTES AL PUESTO DE TRABAJO

Debemos considerar los siguientes:

- Las características físicas insatisfactorias del trabajo.
- La turnicidad laboral. El trabajo a turnos es suficiente motivo, por la descarga de catecolaminas, para que con el tiempo, se produzcan cuadros de insomnio, ansiedad, hipertensión y gastropatías. Todos estos síntomas han sido citados por Carter y Corlett, los cuales, señalaron en sus trabajos, disminuciones de la temperatura corporal con el trabajo a turnos.
- El trabajo excesivo o insuficiente. La excesiva carga laboral del policía, puede provocar en este, un aumento en la carga psíquica y la aparición de fatiga psíquica y estrés. Asimismo, el trabajo mal distribuido, puede provocar una alteración en el ritmo laboral y desencadenar episodios de estrés laboral.
- El peligro físico en el trabajo. Se ajustaría a la sobrecarga por estrés inherente al desempeño de la labor policial en sí.

2. FACTORES DERIVADOS DE LA FUNCION DE ORGANIZACIÓN

- Función que la persona desempeña en el trabajo. Pueden producirse situaciones nocivas de estrés por dos aspectos fundamentalmente:
 - * **AMBIGÜEDAD.** No está claro lo que se le exige, lo que crea una inseguridad en el trabajo por parte del funcionario y aumento de la carga psíquica.
 - * **CONFLICTO DE FUNCIONES.** Cuando al policía se le plantean exigencias contradictorias, sobre todo en la transmisión de ordenes y en la asignación de tareas, se produce de nuevo inseguridad en cuanto a la forma de actuar, lo que conlleva un aumento de la carga emocional y tensional.
- Responsabilidad sobre la seguridad de otros trabajadores u otras personas. Se producen situaciones nocivas de estrés, en aquellas situaciones en las que determinadas personas, tienen un puesto de trabajo, cuyo buen desempeño, implica una responsabilidad para con terceras personas.

Los ejemplos más significativos son precisamente, la función policial (estudiada por Kroes en 1.987) y el colectivo de los controladores aéreos, que fueron estudiados por Grump, en 1.980.

3. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA CARRERA PROFESIONAL

Se deben considerar los siguientes:

- Debidos a las consecuencias por ascensos excesivos o insuficientes.
- Falta de congruencia en la categoría o status.
- Falta de seguridad en el trabajo. **ESTABILIDAD LABORAL.**
- Expectativas insatisfechas. **FRUSTACION PROFESIONAL.** Es junto al apartado anterior, los dos factores relacionados a la promoción profesional más destacados e cuanto a su capacidad estresogena.

4. FACTORES DERIVADOS DE LA ESTRUCTURA Y ATMOSFERA DEL TRABAJO

- Escasa o nula participación en las decisiones sobre como desarrollar la tarea en cuestión. La anulación de la capacidad de poder opinar y participar, y así, poder imbricarse en los objetivos de la empresa, provocan frustración y un elevado grado de insatisfacción. Que aumenta el grado de estrés del trabajador. Esto puede ser más significativo incluso en categorías intermedias de la empresa en las cuales, por si, deben asumir ciertos criterios de mando.
- Restricciones en el comportamiento.



5. FACTORES ASOCIADOS A LAS RELACIONES PERSONALES

- Relaciones personales entre compañeros, subordinados y superiores. Como en cualquier situación en las que coexisten personas, cuando la relación entre estas es buena, mejora la capacidad de convivencia, y esta mejoría se puede extrapolar al plano laboral. Igualmente, si existen malas relaciones o tirantezas personales, estas se trasladan al campo del trabajo, produciendo una merma en el rendimiento y un peor ambiente del trabajo, que desencadena un incremento de la tensión y del estrés del servicio o departamento.
- Efecto amortiguador del estrés en el caso de positivismo en estas relaciones.
- Efecto estresante por la existencia de relaciones insatisfactorias entre los miembros de una organización.
- Hay que considerar en este apartado también, como factor importante en el manejo de las relaciones entre el personal, el estilo de liderazgo, debiéndose encaminar este en el sentido de aglutinar opiniones, y hacer más coparticipes al personal adscrito a las distintas Unidades, para de esta forma, hacerles sentir más parte de la organización, lo que redundará en un incremento en el rendimiento por aumento del grado de satisfacción personal. Un mal liderazgo, separa y disgrega, destruye la estructura de grupo, provocando aumento en los roces, con sentimientos de frustración y desarmonía, lo que desencadena, rechazos al tipo de trabajo y retraimiento en las labores propias del grupo, con las consecuencias que todo esto puede conllevar.

La causa más frecuente de esta insatisfacción es la ambigüedad de las funciones dentro de la estructura.

6. FACTORES EXTERIORES AL TRABAJO

Como factores externos, vamos a considerar de manera genérica, dos principalmente, que son:

- 1) Movilidad geográfica ("Síndrome de la movilidad"). Es un factor estresogeno por:
 - I. Repercute en la familia.
 - II. Aumenta el aislamiento social.
 - III. Disminuye las posibilidades de protección del sujeto frente al estrés laboral propiamente dicho.
- 2) Derivados de la estructura de necesidades y presiones sociales inherentes a sociedades desarrolladas:
 - I. Conflicto de funciones.
 - II. Aislamiento de la comunidad.
 - III. Alienación.

CONCLUSIONES

En el CNP se realizó durante un año completo, un estudio basado en una encuesta realizada de manera proporcional al número de funcionarios en todas las Jefaturas Superiores del país, a funcionarios de todas las escalas y categorías, en las que se les preguntaba por su autopercepción de salud general y mental, además de apoyar la misma en una serie de "ítems" relacionados con el consumo de alcohol y tabaco, con los tiempos de permanencia en cada destino, el nivel educativo de los funcionarios, la composición de su núcleo familiar, etc... A todos ellos además, se les entregó para su confección el General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg

Como conclusiones del estudio, entre otras, exponemos algunas de las más significativas:

- El C.N.P. no presenta niveles de salud inferiores a los de la población general de igual sexo y edad.
- Los problemas de salud más frecuentemente expresados son: Lumbalgias, trastornos del estómago y problemas de nervios.
- No se aprecia correlación entre el nivel de salud y el grado de estrés ocupacional.
- La prevalencia de morbilidad psiquiátrica funcional se presenta semejante a la de la población general de igual edad y sexo.
- La autopercepción de padecer trastornos psiquiátricos no se relaciona con la edad, estado civil o tipo de convivencia, y sí con el nivel educativo.
- La autopercepción de salud mental está relacionada con la escala profesional, el tipo de unidad y la región policial a la que se pertenece.



BIBLIOGRAFIA:

1. PEÑA S.: Trastornos por estrés. En: SB (eds): Manual del Residente en Psiquiatría. 1.997. Madrid. Tomo I. 813-831.
2. SANCHEZ JJ, NIETO JA, CASADO J, et al.: La turnicidad en la policía. *Policía*. 1.988. 42: 30-31.
3. GURALNICK L.: Mortality by occupation and cause of death among men 20 to 64 years of age. U.S. 1.963. Washington: USDHEW PHS,
4. RICHARD WC, FELL RD.: Health factors in police job stress. In WH Kroes and JJ Hurrell (eds): *Job stress and the police officer*. 1.975. Washington: U.S. Government Printing Office.
5. SCHWARTZ JA, SCHWARTZ CB.: personal problems of the police officer: A plea for action. In WH Kroes and JJ Hurrell (eds): *Job stress and the police officer*. 1.975. Washington: U.S. Government Printing Office.
6. BLACKMORE J.: Are police allowed to have problems of their own. *Police Magazine*. 1.978. 3: 47-55.
7. KROES WH.: Society's Victims-the policeman: An analysis of job stress in policing. Springfield. 1.976.
8. STRATTON JB.: Police stress: An overview. *Police Chief*. 1.978. 4: 58-62.
9. FRENC JRP.: Comparative look at stress and train in policemen. In WH Kroes and JJ Hurrell (eds): *ob stress and the police officer*. 1.975. Washington: U.S. Government Printing Office.

Quomem 150 mg Comprimidos de liberación prolongada. ACTÚA COMO AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO QUOMEM® 150 mg Comprimidos de liberación prolongada. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada comprimido contiene 150 mg de hidrocloreto de bupropión y excipientes (celulosa microcristalina, hipromelosa, hidrocloreto de sistema monohidrato, estearato de magnesio, Macrogol 400, dióxido de titanio [E711], cera carnáuda, óxido de hierro negro). **DATOS CLÍNICOS.** Indicaciones terapéuticas: QUOMEM® Comprimidos, conjuntamente con un apoyo farmacológico, está indicado para ayudar a dejar de fumar en pacientes con dependencia a la nicotina. Posología y forma de administración. Los pacientes deberán ser tratados durante 7 - 9 semanas. Aunque no se prevé la aparición de reacciones debidas a la suspensión del tratamiento con QUOMEM®, podría considerarse realizar una suspensión gradual. El tratamiento deberá ser interrumpido, si no se observa efecto alguno a las siete semanas. Adultos. Se recomienda comenzar el tratamiento mientras el paciente todavía fuma y fijar una "fecha para dejar de fumar" dentro de las dos primeras semanas de tratamiento con QUOMEM®, preferiblemente en la segunda semana. La dosis inicial es de 150 mg al día durante tres días, aumentando a 150 mg dos veces al día. Deberían transcurrir al menos 8 horas entre dosis sucesivas. La dosis única máxima no deberá exceder 150 mg y la dosis diaria total no deberá exceder 300 mg. Niños y adolescentes. No se recomienda el uso en pacientes menores de 18 años. Ancianos. QUOMEM® deberá administrarse con precaución a pacientes ancianos. La dosis recomendada es 150 mg una vez al día. Insuficiencia hepática/ Insuficiencia renal. QUOMEM® deberá administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia hepática o insuficiencia renal. La dosis recomendada es 150 mg una vez al día. **Contraindicaciones.** La administración de QUOMEM® está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de los excipientes, trastorno convulsivo actual o pasado, diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa, cirrosis hepática grave o historia de trastorno bipolar. Está contraindicado el uso concomitante de QUOMEM® e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Deberán transcurrir por lo menos 14 días entre la interrupción de la administración de IMAO irreversibles y el inicio del tratamiento con QUOMEM®. En cuanto a IMAO reversibles, el período depende de la semivida de eliminación plasmática del producto específico. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Convulsiones. No deberá excederse la dosis recomendada de QUOMEM®, ya que existe el riesgo de hinchazón con riesgo de hinchazón con riesgo de hinchazón de la función de la dosis. A dosis de hasta la dosis diaria máxima recomendada (300 mg de QUOMEM® al día), la incidencia de convulsiones es aproximadamente de un 0.1% (1/1.000). Se administrará QUOMEM® con extrema precaución a pacientes con una o más condiciones que predisponen a un umbral de convulsiones más bajo (historia de traumatismo craneal, tumor en el sistema nervioso central (SNC), administración concomitante de otros medicamentos de los que se conoce que disminuyen el umbral de convulsiones) (p. ej.: antipsicóticos, antidepresivos, teofilina, esteroides sistémicos). Deberá tenerse precaución en aquellas circunstancias clínicas relacionadas con un mayor riesgo de convulsiones (uso abusivo de alcohol, interrupción repentina de la administración de alcohol o benzodiazepinas, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina y uso de estimulantes o productos anorexígenos). **Interacciones.** Debido a interacciones farmacocinéticas, podría aumentarse la posibilidad de aparición de acontecimientos adversos (p. ej. sequedad de boca, insomnio, convulsiones). Se tendrá precaución cuando bupropión se administre conjuntamente con fármacos que pueden inducir o inhibir el metabolismo de bupropión. Se aconseja tener precaución cuando se administren conjuntamente fármacos que se metabolizan por el citocromo P4502D6. Datos clínicos limitados indican que pueden alcanzarse porcentajes de abandono del uso de tabaco más altos, combinando QUOMEM® junto con un Sistema Transdérmico de Nicotina (STN). No obstante, si se usa terapia combinada con un STN, deberá tenerse precaución y se recomienda realizar un seguimiento semanal debido a la potencial aparición de elevaciones de la presión arterial. **Hipersensibilidad.** Deberá interrumpirse la administración de QUOMEM® si los pacientes experimentan hipersensibilidad o reacciones anafilácticas (p. ej.: "rash" cutáneo, prurito, urticaria, dolor torácico, edema o distensión) durante el tratamiento. También se ha comunicado la aparición de artralgia, migraja y fiebre junto con "rash" y otros síntomas indicativos de una hipersensibilidad retardada. Estos síntomas pueden parecerse a la enfermedad del suero. En la mayoría de los pacientes, los síntomas mejoraron tras interrumpir la administración de bupropión e iniciar tratamiento con antihistamínicos o corticosteroides y se resolvieron con el tiempo. Grupos de pacientes específicos: QUOMEM® deberá usarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada y la dosis recomendada en estos pacientes es de 150 mg una vez al día. Todos los pacientes con insuficiencia hepática deberán ser vigilados estrechamente para determinar posibles efectos adversos (p. ej. insomnio, sequedad de boca, convulsiones). La dosis recomendada es 150 mg una vez al día para pacientes con insuficiencia renal. El paciente deberá ser vigilado estrechamente para detectar posibles efectos adversos. En pacientes ancianos la función renal está probablemente reducida, de aquí que la dosis recomendada en estos pacientes sea de 150 mg una vez al día. Como la farmacología de bupropión se parece a la de algunos antidepresivos, existe el riesgo de que pueda precipitar episodios de psicosis en pacientes susceptibles. Los datos obtenidos en animales indican que puede hacerse uso abusivo del fármaco. No obstante, los estudios sobre uso abusivo realizados con personas y la gran experiencia clínica demuestran que el potencial de uso abusivo de bupropión es bajo. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Tras dejar de fumar, puede disminuir el aclaramiento de medicamentos metabolizados por la CYP1A2. Esto puede ser particularmente importante para los que son fundamentalmente metabolizados por la CYP1A2 con margen terapéutico estrecho (p. ej. teofilina, tacrina y clozapina). Se desconocen las consecuencias clínicas de dejar de fumar sobre otros medicamentos que son parcialmente metabolizados por la CYP1A2 (p. ej. imipramina, olanzapina, clomipramina y fluvoxamina). Además, datos limitados indican que fumar puede también inducir el metabolismo de fenciclidina o pentazocina. **In vitro** bupropión y su principal metabolito hidroxibupropión son inhibidores de la ruta de la CYP2D6. En humanos, la administración concomitante de hidrocloreto de bupropión y desipramina a voluntarios sanos, que eran metabolizadores amplos de la isoenzima CYP2D6, dio lugar a un aumento de cinco veces del AUC y a un aumento de dos veces de la C_{max} de desipramina. La inhibición de la CYP2D6 estuvo presente durante por lo menos 7 días tras administrar la última dosis de hidrocloreto de bupropión. La terapia concomitante con medicamentos predominantemente metabolizados por esta isoenzima con índices terapéuticos estrechos incluyendo ciertos antidepresivos (p. ej. desipramina, imipramina, paroxetina), antipsicóticos (p. ej. risperidona, tiotixidina), bloqueantes del receptor β (p. ej. metoprolol) y antiarrítmicos (p. ej. tipo II) (p. ej. procainamida) deberá administrarse con un margen más bajo del intervalo de dosis de medicamento concomitante. Si se añade QUOMEM® al régimen de tratamiento de un paciente que ya recibe un medicamento metabolizado por la CYP2D6, deberá considerarse la necesidad de disminuir la dosis del medicamento original. Bupropión no afectó la farmacocinética de lamotrigina o su metabolito glucurónido, cuando se administró conjuntamente. **In vitro**, bupropión es metabolizado a su principal metabolito activo hidroxibupropión, principalmente por el citocromo P450 2B6 (CYP2B6). Deberá tenerse precaución cuando QUOMEM® se administre conjuntamente con medicamentos de los que se conoce que afectan la isoenzima CYP2B6 (p. ej.: orfenadrina, ciclofosfamida, ifostamida). La nicotina, administrada en forma de parches transdérmicos, no afectó la farmacocinética de bupropión y sus metabolitos. Se aconseja tener precaución cuando se administre bupropión conjuntamente con medicamentos que inducen (p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoina) o inhiben el metabolismo (p. ej. valproato), pues pueden afectar significativamente la seguridad clínica. En un estudio la C_{max} y el AUC de bupropión, trehidrobupropión y eritroidrobupropión disminuyeron un 85% y los de hidroxibupropión aumentaron un 50% cuando se administró bupropión (comprimido de Liberación Inmediata) junto con carbamazepina (en el estado de equilibrio). En un estudio el AUC de hidroxibupropión casi se duplicó cuando se administró bupropión (comprimido de Liberación Inmediata) junto con valproato (en el estado de equilibrio). La administración de QUOMEM® a pacientes que reciben levodopa concurrentemente deberá realizarse con precaución. **Datos clínicos limitados** señalan que hay una mayor incidencia de efectos indeseables (p. ej. náuseas, vómitos, excitación, inquietud y temblor postural) en pacientes que reciben conjuntamente bupropión y levodopa. Embarazo y lactancia. No se ha establecido la seguridad de uso de QUOMEM® en el embarazo humano. Se deberá fomentar que las mujeres embarazadas dejen de fumar sin usar farmacoterapia. QUOMEM® no deberá utilizarse en el embarazo. Bupropión y sus metabolitos se excretan en leche materna humana. Se aconsejará a las madres que dejen de amamantar mientras tomen QUOMEM®. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. Como con otros fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, bupropión puede afectar la capacidad para realizar tareas que requieren discernimiento o habilidades motoras y capacidades cognitivas. Se ha notificado que QUOMEM® causa mareo y aturdimiento. Los pacientes tendrán precaución antes de conducir o de usar maquinaria hasta que estén seguros de que QUOMEM® no afecta adversamente su capacidad. **Reacciones adversas.** La relación siguiente facilita información acerca de los efectos indeseables identificados a partir de la experiencia clínica. Es importante advertir que dejar de fumar está frecuentemente relacionado con síntomas de retirada de nicotina (p. ej. agitación, insomnio, temblor, sudoración), algunos de los cuales son también acontecimientos adversos conocidos relacionados con QUOMEM®. **Habituales (>1/100):** Generales (organismo): Fiebre. Gastrointestinales: Sequedad de boca, alteración gastrointestinal incluyendo náuseas y vómitos, dolor abdominal, estreñimiento. Sistema Nervioso Central: Insomnio, temblor, alteración de la concentración, cefalea, mareo, depresión, agitación, ansiedad. Cutáneas/Hipersensibilidad: "Rash", prurito, sudoración, reacciones de hipersensibilidad fásicas como urticaria. Sentidos especiales: Alteraciones del sentido del gusto. No habituales (>1/1.000, <1/100): Generales (organismo): Dolor torácico, astenia. Cardiovasculares: Taquicardia, aumento de la presión arterial (a veces grave), rubor. Sistema Nervioso Central: Confusión. Encóclinas y metabólicas: Anorexia. Sentidos especiales: Trémulo, alteración de la visión. Raras (>1/10.000-1/1.000): Cardiovasculares: Vasodilatación, hipotensión postural, síncope. Sistema Nervioso Central: Convulsiones (ver debajo). Cutáneas/Hipersensibilidad: Reacciones de hipersensibilidad más graves incluyendo angioedema, disnea/broncoespasmo y shock anafiláctico. También se han notificado artralgia, migraja y fiebre junto con "rash" y otros síntomas indicativos de hipersensibilidad retardada. Estos síntomas pueden parecerse a la enfermedad del suero. También se han notificado eritema multiforme y síndrome de Stevens Johnson. La incidencia de convulsiones es aproximadamente 0.1% (1/1.000). El tipo más frecuente de convulsiones es el de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, un tipo de convulsión que puede dar lugar en algunos casos a confusión post-comicial o a alteración de la memoria. **Sobredosificación.** Se ha comunicado la ingestión aguda de dosis superiores a 10 veces la dosis terapéutica máxima. Además de los efectos referidos en Reacciones adversas, la sobredosificación ha dado origen a la aparición de síntomas que incluyen somnolencia, alucinaciones y pérdida de consciencia. **Tratamiento:** En caso de sobredosificación, se aconseja ingresar en un hospital. Asegurar una vía respiratoria, una oxigenación y una ventilación adecuadas. Puede indicarse lavado gástrico si se efectúa poco después de la ingestión. También se recomienda el uso de carbón activado. No se conoce un antídoto específico para bupropión. **DATOS FARMACÉUTICOS:** Incompatibilidades. No procede. **Instrucciones de uso/manipulación.** No se requieren instrucciones especiales. **NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** Laboratorios Dr. ESTEVE, S.A. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221 - 08041 Barcelona. Condiciones de Prescripción y Dispensación: Con receta médica. Presentaciones y Precio Venta al Público: Envase con 60 comprimidos. PVP: 12,254 Ptas (I.V.). PVP (IVA 4): 12,744 Ptas. Condiciones de Prestación Farmacéutica del Servicio Nacional de Salud. No financiado por el Sistema Nacional de Salud. Para más información, consúltese la Ficha Técnica completa del medicamento. **FECHA DE AUTORIZACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Mayo 2000. **Bibliografía:** 1. Durcan MJ, Deener G, White, JD et al. Factors associated with relapse: Lessons from a bupropion SR relapse-prevention trial (Study 406). Sixth Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco 18-20 Febrero 2000. Arlington, Virginia USA. 2. Grasett T, Glover E, Sachs DPL, Jonnston JA. The effect of bupropion SR on craving in tobacco dependence. *Collegium International NeuroPsychopharmacologicum*. Glasgow, 12-16 julio de 1998. [Abstract PW 13027]. 3. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard ST, Johnson JA, Hughes AR, Smith SS, Mramro ML, Daughton DM, Kohut R, Fiore MC, Baker TB. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340(9): 685-91.

© Laboratorios Esteve S.A. 2001.

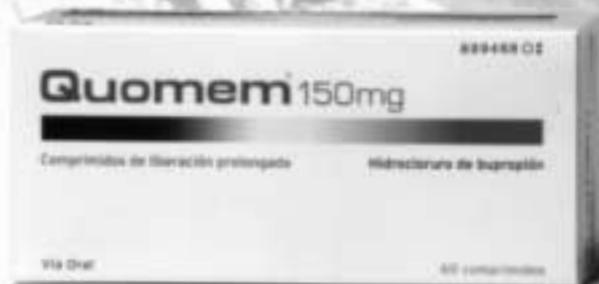
novest **ESTEVE**

Quomem[®]

Bupropión HCl

El tratamiento para dejar de fumar que no contiene nicotina.

Nicotina: 0,0 mg.



• Actúa sobre el deseo incontrolado de fumar (craving) y los síntomas de abstinencia. (2). • Es dos veces más eficaz que los parches. (3). • Cuenta con una eficacia demostrada a corto, medio y largo plazo. (3). • Tiene una excelente tolerabilidad. (1, 3).