



# ● Abordaje terapéutico del tabaquismo

A. Calvo Cebrián<sup>1</sup>; N. Monge Ropero<sup>2</sup>; R. Gómez Moreno<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Médico de refuerzo. C.S. Galapagar. Área 6, Madrid.

<sup>2</sup>Médico de Familia. Médico de refuerzo. C.S. Carbonero (Segovia).

<sup>3</sup>Médico de Familia. Médico de refuerzo. C.S. Torito. Área 1, Madrid.

## ● INTRODUCCIÓN

El tabaco es uno de los hábitos tóxicos que generan más mortalidad en la población española, y cada día es más frecuente que el paciente fumador se acerque a su médico de familia demandando ayuda para dejar de fumar.

Un 36% de la población española mayor de 16 años de edad es consumidora habitual de tabaco y, de entre estos fumadores, un 70% visita a su médico de familia por lo menos una vez al año. Además se considera al tabaquismo como la primera causa evitable de muerte en nuestro país y se calcula que 56.000 españoles mueren al año por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco<sup>1</sup>.

Estos datos crean, cuando menos, inquietud en la sociedad, de ahí que se estén generando políticas encaminadas a restringir el uso del tabaco desde que el paciente inicia el hábito<sup>2,3</sup>:

- Evitar que los menores tengan acceso al tabaco.
- Restricción del uso del tabaco en lugares públicos.
- Restricciones en la publicidad del tabaco.
- Incremento de los precios mediante impuestos.

Por otro lado, las administraciones sanitarias promocionan con campañas el abandono del consumo del tabaco. Creemos conveniente, por tanto, que el médico de familia maneje las diferentes posibilidades terapéuticas para afrontar el tabaquismo.

## ● BENEFICIOS DEL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO

Tras el cese en el uso del tabaco se pueden observar los siguientes beneficios:

a) La enfermedad cardiovascular: el abandono del tabaco se asocia con un rápido descenso en el riesgo de aparición de nuevos episodios miocárdicos, tanto en pacientes con cardiopatía isquémica previa como en los que nunca la han padecido. Así mismo, se observa una disminución del riesgo de otras complicaciones debidas a la arteriosclerosis.

b) Enfermedades respiratorias: en la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) se objetiva un aumento en la FEV-1 en el primer año de abstinencia tabáquica; en la histiocitosis X se han determinado casos de remisión tras el abandono del tabaco. Se sabe además que el tabaco es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades por neumococo en inmunocompetentes no ancianos.

c) Cáncer: el tabaco es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de muchas enfermedades malignas, entre ellas el carcinoma epidermoide de pulmón, y su abandono se asocia con una disminución del riesgo de presentación.

d) Úlcera péptica: dejar de fumar disminuye el riesgo de aparición de la úlcera péptica y acelera la cicatrización de la enfermedad establecida.

e) Insuficiencia ovárica: Tras dejar el tabaco se reduce el riesgo de aparición de menopausia precoz<sup>4</sup>.

f) Osteoporosis: el cese en el hábito de fumar disminuye la pérdida de masa ósea asociada al mismo y el riesgo de fractura de cadera, al cabo de 10 años<sup>5</sup>.

g) Embarazo: está demostrado que el tabaco dobla el riesgo de presentación de un recién nacido de bajo peso e incrementa significativamente el riesgo de morbilidad perinatal. Tras una reducción del 50% en el consumo de tabaco ya se consiguen aumentos significativos en el peso del recién nacido<sup>6</sup>.

## ● MANEJO DEL PACIENTE FUMADOR

Cada fumador debería ser interrogado acerca de su disposición para abandonar el tabaco. El clínico debe orientar al paciente según su grado de motivación y seleccionar el método adecuado. Se ha descrito una serie de fases por las que puede pasar el fumador desde su etapa de consumo hasta el abandono, que son de gran interés para el médico con el fin de realizar una planificación adecuada de la intervención<sup>7,8</sup>:

1.- Precontemplación: El paciente pasa por una fase inicial en la que aún no está preparado para dejarlo. En cada visita posterior debe ser de nuevo interrogado acerca de su motivación.

2.- Contemplación: el paciente ya está considerando dejar de fumar en algún momento próximo en el tiempo. En esta situación se le debe animar a seleccionar un día determinado para intentar dejarlo y abordar la preparación para dicha fecha.

3.- Preparación: el paciente considera activamente dejar de fumar pronto y está preparándose para ello, mediante alguna terapia de modificación de conducta orientada a tal fin, por muy simple que sea ésta.

4.- Acción: el paciente ha dejado de fumar en los últimos seis meses.

5.- Mantenimiento: el paciente ha permanecido sin fumar más de 6 meses.

## ● MÉTODOS PARA DEJAR DE FUMAR

Pueden utilizarse tanto terapias encaminadas a modificar la conducta del fumador a través del consejo profesional, como tratamientos farmacológicos (nicotina y bupropion, principalmente). Aunque en este último caso el elevado coste de esta terapia farmacológica puede convertirse en una barrera para su uso<sup>9</sup>. El mero hecho de que el profesional aconseje al paciente dejar de fumar, acompañándolo de breves mensajes enfocados a mejorar su salud, parece que incrementa la tasa de sujetos que abandonan el tabaco<sup>10,11</sup>.

De igual manera, está constatado que un elevado porcentaje de fumadores no son aconsejados por parte

de su médico. Tras una encuesta telefónica realizada a unos 3.000 pacientes fumadores que habían visitado a su médico en el último año, sólo el 51% había hablado de su problema con el tabaco, al 46% se le había recomendado dejarlo, a un 15% se le había ofertado alguna ayuda terapéutica y únicamente un 3% refería estar en tratamiento para el abandono del tabaco<sup>12</sup>.

Los consejos y advertencias del médico pueden realizarse fuera de la consulta tradicional. Se proponen métodos de seguimiento a través del teléfono que obtienen tasas de abandono 6,2 veces superiores que en los grupos control, a los 6 meses y al año de la intervención<sup>13</sup>. En cualquier caso, es aconsejable que se mantengan breves encuentros con el paciente con el fin de alcanzar el abandono del tabaco y el mantenimiento de una abstinencia posterior. El médico debe mantener una cita en persona o telefónicamente pocos días después de la fecha en que el paciente se propuso dejar de fumar. Éste es el momento en que se recomienda:

- Felicitar al paciente por haber dejado de fumar e incentivarlo para que mantenga la abstinencia.

- Aclarar cualquier problema que pueda aparecer como resultado del fin del consumo (mal humor, aumento de peso, falta de apoyo de amigos o familiares o síntomas de abstinencia nicotina que se prolongan en el tiempo). Se aconseja hacer recomendaciones lo más sencillas posibles para abordar estos problemas.

- Considerar la farmacoterapia si los síntomas de abstinencia persisten en el tiempo.

A algunos de estos pacientes no les basta con estos encuentros breves y precisan de un acercamiento psicológico más intensivo. Se sugiere intervención progresiva, comenzando por estrategias de autoayuda y añadir posteriormente elementos cada vez más intensos. Tanto la psicoterapia individual como la grupal han demostrado ser efectivas. Se puede recurrir a programas que incluyan técnicas de entrenamiento en resolución de problemas específicos (tales como identificar eventos, circunstancias o actividades que puedan incrementar el riesgo de recaída). Son de ayuda la instrucción en modos y pericia para afrontarlos. Igualmente es importante la provisión de apoyo entre una y otra sesión para evitar que el paciente recaiga<sup>8,14</sup>.



## ● TERAPIA FARMACOLÓGICA

### PREPARADOS DE NICOTINA

La nicotina es una droga psicoactiva que actúa en el sistema nervioso central y produce un efecto euforizante. En ausencia de nicotina el fumador presenta síntomas relacionados con la abstinencia<sup>15</sup>: disforia, insomnio, irritabilidad, frustración o cólera, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución del ritmo cardiaco e incremento del apetito o aumento de peso.

Los sustitutos de nicotina están diseñados para aminorar estos síntomas, de forma que el paciente se centre en los aspectos de conducta relacionados con el abandono de su hábito.

Existen varios tipos de preparados de nicotina:

- Parches transdérmicos.
- Chicles.
- Spray nasal.
- Inhaladores.

### CHICLES DE NICOTINA

Su composición consta de nicotina unida a una resina de polacrilix. Se consumen masticándose y la nicotina se libera y se absorbe a través de la mucosa oral. Para muchos fumadores de más de 20 cigarrillos al día el consumo de chicles de 2 mg produce niveles de nicotina en sangre menores del 40% de aquéllos que se producen con el consumo habitual de tabaco. En estos casos los síntomas derivados de la abstinencia no se controlarían en su totalidad, pero se reduce la sensación de discomfort. Es de reseñar que generalmente no provocan adicción, aunque cabe esta posibilidad.

Los estudios demuestran que las pastillas o chicles de nicotina son un método seguro y reducen el deseo y los síntomas derivados de la abstinencia y mantienen estados libres de consumo elevados respecto al placebo<sup>17</sup>. Además, estudios recientes aportan mejoras en estos resultados al prolongar la duración en el tiempo de tratamiento en grandes fumadores hasta que finalice el síndrome de abstinencia<sup>18</sup>. Es recomendable, de igual manera, que en todos los casos la terapia farmacológica se acompañe de apoyo profesional, algún tipo de material gráfico o audiovisual y, si es

preciso, de terapia psicológica. En este caso los resultados mejoran de forma significativa<sup>19</sup>. En el mercado hay presentaciones de 2 y 4 mg.

### PARCHES DE NICOTINA

Existen en el mercado diversos sistemas transcutáneos de nicotina que liberan ésta al sistema venoso a través de la piel. Los de dosis más alta (21 mg/día) permiten alcanzar unos niveles de nicotina en sangre en torno al 40-50% de los que habitualmente tiene un fumador de 10-20 cigarrillos al día. La liberación de nicotina por la noche puede asociarse a trastornos del sueño. Pero a su vez mantiene unos niveles elevados de nicotina por la mañana que permiten combatir el síndrome de abstinencia<sup>20</sup>.

La combinación de parches de nicotina y de terapias encaminadas a modificar el hábito tabáquico permiten obtener resultados altamente satisfactorios y dobla las tasas de abandono respecto al placebo. Esta situación se observa para los parches de 21 mg pero no así en el caso de los de 14 y 7 mg respectivamente<sup>21,22</sup>.

Otro aspecto estudiado es la reducción del deseo de fumar. Se observa que éste es mayor por las tardes que por las mañanas y debe ser apoyado por algún tipo de ayuda psicológica<sup>23</sup>. Se han utilizado estos dispositivos en individuos que no se habían planteado el abandono del tabaco; ayudan a estos fumadores a reducir su consumo y a mantener dicha reducción durante 6 meses, pero gran parte de esta disminución se atribuyó al efecto placebo<sup>24</sup>.

En otros estudios se han obtenido mejorías en la función pulmonar de pacientes con EPOC. Se atribuyen los resultados a la reducción del consumo de cigarrillos tras el uso de sustitutos de la nicotina<sup>25</sup>.

Conviene añadir que estos dispositivos se han utilizado también en pacientes que presentan cardiopatía isquémica; mejoran su riesgo cardiovascular<sup>26</sup> y se consideran más seguros que el uso del tabaco. Estiman los autores lo siguiente<sup>16</sup>:

- Pueden recomendarse a fumadores con enfermedad cardiovascular que intentaron dejarlo sin conseguirlo.
- Pueden usarlos en pacientes que han presentado un evento cardiovascular serio en las pasadas 4 semanas. En casos menos agudos no se consideran necesarios.

- Asegurarse de que las dosis utilizadas no sobrepasan las que recomienda la ficha técnica del producto.

- Advertir a los pacientes que abandonen los parches si vuelven a fumar.

- Procurar un apoyo psicológico o conductual siempre que sea posible como coadyuvante de los preparados de nicotina.

#### OTROS DISPOSITIVOS DE NICOTINA

Existen en el mercado americano spray nasal e inhaladores de nicotina, dispositivos que no aportan ventajas sustanciales sobre los anteriormente expuestos.

#### BUPROPION

Se trata de una sustancia antidepresiva que actúa en el sistema nervioso central y aumenta las funciones noradrenérgica y dopaminérgica. Se utilizan formulaciones de liberación retardada para el tratamiento antitabáquico.

En un estudio randomizado, compararon la sustancia frente a placebo en 615 pacientes que querían dejar de fumar. La dosis adecuada se estimó en 150 mg BID. Se mantuvo el tratamiento durante 7 semanas, comenzando una semana antes de la fecha señalada para dejar de fumar. Tras las 7 semanas de tratamiento las tasas de abandono eran más elevadas frente al placebo de forma significativa (44% vs 19%); de igual modo lo fueron al año de seguimiento (23% vs 12%)<sup>28</sup>.

En un segundo estudio randomizado se asignaron 893 fumadores que deseaban dejar de fumar a uno de estos 4 grupos:

1.- Placebo.

2.- Bupropion, 150 mg QOD (3 días), y después 150 mg BID durante 60 días, comenzando una semana antes de dejar de fumar.

3.- Parches de nicotina de 21 mg/día, comenzando en la fecha del abandono del tabaco y durante 6 semanas. Después se continúa dos semanas más, una con parches de 14 mg/día y otra con 7 mg/día.

4.- Bupropion y nicotina con los mismos regímenes.

Tras nueve semanas de tratamiento y doce meses de seguimiento se obtuvieron los siguientes resultados:

Un 16%, aproximadamente, estaban abstinentes en los grupos de placebo y en el de nicotina en monoterapia.

El porcentaje aumentó al 30% con el bupropion en monoterapia y al 35% en el grupo que combina bupropion y nicotina. Entre estos dos últimos grupos las diferencias no fueron significativas. Se observó que el aumento del peso corporal tras dejar de fumar fue menor en el grupo de pacientes con la terapia combinada y mayor en los que usaron placebo.

En resumen, hoy día hay evidencias científicas de que el bupropion es un tratamiento efectivo de primera línea para dejar de fumar. Se asocia con altas tasas de abandono del tabaco, comparado con placebo, en pacientes con o sin historia previa de uso de tratamiento con bupropion o sustitutos de nicotina, y actúa independientemente del sexo del paciente. Su eficacia está demostrada en la prevención de recaídas en pacientes que habían dejado el tabaco satisfactoriamente y tratamientos ulteriores son igualmente útiles en el caso de pacientes que comenzaron a fumar de nuevo tras un tratamiento previo con bupropion. Éste disminuye tanto el deseo de fumar como los síntomas derivados del síndrome de abstinencia. Además, atenúa el incremento del peso corporal que se produce tras dejar de fumar<sup>30</sup> habitualmente.

El Bupropion generalmente se tolera bien, pero puede ser causa de insomnio y de boca seca. En el 0,1% de los pacientes tratados puede producir crisis comiciales. Este riesgo se incrementa si hay antecedentes de epilepsia, bulimia o anorexia nerviosa.

#### ● RIESGOS DEL ABANDONO DEL TABACO

Los síntomas derivados del síndrome de abstinencia son frecuentes entre los pacientes que dejan de fumar, con un pico máximo al tercer día del abandono; pueden durar hasta 3-4 semanas después. Sin embargo, hay episodios de deseo intenso por un cigarrillo que pueden persistir durante meses. Pueden producirse trastornos depresivos, generalmente moderados; pero en pacientes con antecedentes de depresión mayor que dejan de fumar, se ha observado mayor riesgo de trastorno afectivo que en los que no lo hacen<sup>31</sup>.



El sobrepeso se asocia comúnmente al proceso de dejar de fumar. Generalmente se ganan 1-2 kg en las primeras dos semanas y posteriormente se ganan 2-3 Kg en los siguientes 4-5 meses. Este aumento de 4-5 Kg puede ser incluso mayor y, si se sobrepasa el peso ideal, se produce una reducción lineal de la capacidad vital forzada. Aun así, los beneficios del abandono del tabaco superan a los perjuicios del sobrepeso en el rango en que generalmente ocurren<sup>32</sup>.

Igualmente se asocia la interrupción del consumo de tabaco con el desarrollo de brotes de colitis ulcerosa<sup>33</sup>.

## ● RECOMENDACIONES

El tabaquismo es un hábito que lleva al fumador a ser más susceptible a desarrollar una serie de enfermedades que suponen un alto coste para el sistema sanitario. Además el tabaco supone un gran gasto económico para el fumador. La relación coste-eficacia de los tratamientos para dejar de fumar, especialmente el bupropion, es económicamente rentable, tanto para el sistema sanitario como para el propio paciente<sup>34</sup>. Es, pues, labor tanto de las autoridades sanitarias como del médico incitar al abandono del uso del tabaco a la población fumadora.

En primer lugar, el médico ha de hacer una evaluación inicial del paciente, averiguar cuánto fuma, si desea dejar de fumar y la naturaleza de intentos de abandono previos. Para los pacientes que no estén interesados en abandonar el tabaco, es trabajo del médico darles una razón o motivo para su abandono. Para los que están interesados en dejarlo en el momento de la consulta, es conveniente hacer una historia detallada recoger los datos antes descritos respecto a sus hábitos tabáquicos.

Tras la primera consulta hay que desarrollar un plan terapéutico. Las recomendaciones actuales tienden a ofrecer al fumador que desea realizar un intento serio la mejor forma de ayuda para facilitar el éxito de éste. Como los datos actuales demuestran incrementos en las tasas de abandono con terapias psicológicas, se recomienda ofertar intervenciones lo más agresivas posibles, además de facilitar rutinariamente terapia farmacológica, puesto que igualmente eleva dichas tasas<sup>35,36</sup>.

El proceso de abandono del tabaco comienza por fijar una fecha para dejar de fumar definitivamente, en un periodo de 1-3 semanas. Se debe aconsejar que a partir de ese día no fume absolutamente nada y se ha de asesorar al paciente acerca de los síntomas relacionados con la abstinencia, ya que incluso con sustitutos de nicotina o bupropion pueden aparecer síntomas, que en pocas semanas serán controlables. Pueden sugerirse algunos aspectos para ayudarle los primeros días, como masticar chicle, hacer ejercicio físico y evitar situaciones que conlleven un alto riesgo de recaída. Conviene realizar una visita en la primera semana para reforzar la situación y motivación del paciente. Puede apoyarse con material didáctico, bien de campañas institucionales o modificado según las características del paciente. En este último caso hay evidencia de mayor efectividad<sup>37</sup>. En cuanto al seguimiento, se recomienda que sea a largo plazo, pues pueden producirse recaídas tras varios años de abstinencia.

## ● CONCLUSIONES

- Una actuación guiada y dirigida a los pacientes interesados en dejar de fumar se asocia con incrementos en las tasas de abstinencia.
- Todas las formas de preparados de nicotina y el bupropion son seguros y aumentan las tasas de abandono del tabaco a corto y largo plazo.
- Excepto a los pacientes mínimamente dependientes, debería ofrecerse alguno de estos tratamientos a todo aquél que desee dejar el tabaco definitivamente.
- La efectividad de estos fármacos se multiplica si se asocia un apoyo psicológico.
- Los preparados de nicotina no se recomiendan en el embarazo o en la enfermedad cardiovascular establecida. Pero si la alternativa es fumar, cabe plantearse su uso.
- La combinación de dos tratamientos es factible si ha fallado la monoterapia y se han asociado síntomas derivados de la abstinencia. Por otro lado, no quedan claras las ventajas sobre la monoterapia con Bupropion.
- Existen contraindicaciones muy específicas para el uso del bupropion que deben tenerse en cuenta a la hora de su prescripción.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Torrecilla, M, Domínguez, F, Torres, A, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Atención Primaria 2002; 30: 310-317.
- 2.- Evans, N, Farkas, A, Gilpin, E, et al. Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. J Nat Cancer Inst 1995; 87:1538.
- 3.- Ling, PM, Glantz, SA. Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents. Am J Public Health 2002 Jun; 92 (6): 908-16.
- 4.- Department of Health and Human Services. Health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Washington, DC. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416 1990.
- 5.- Cornuz, J, Feskanich, D, Willet, WC, Codwitz, GA. Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. Am J Med 1999; 106:311.
- 6.- Walsh, RA, Lowe, J, Hopkins, PJ. Quitting smoking in pregnancy. Med J Aust 2001 Sep 17; 175(6): 320-3.
- 7.- Prochazka, J, DiClemente, C. S. Stages and process of self-change of smoking: Towards an integrative model of change. J Clin Psychol 1983; 3: 390-5.
- 8.- Sackey, JA. Behavioral approach to smoking cessation. UpToDate. www.uptodate.com. 2002 Vol. 10 No. 1.
- 9.- Karnath, B. Smoking Cessation. Am J Med 2002 Apr 1;112(5): 399-405.
- 10.- Eckert, T, Junker, C. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? Swiss Med Wkly 2001 Sep 8; 131 (35-36): 521-6.
- 11.- Lancaster, T, Stead, LF. Individual Behavioural Counselling for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002; (3): CD 001292.
- 12.- Goldstein, MG, Niaura, R, Willey-Lessne, C, et al. Physicians counselling smokers. A population-based survey of patients perceptions of health care provider- delivered smoking cessation interventions. Arch Intern Med 1997; 157:1313.
- 13.- Terazawa, T, Mamiya, T, Masui, S, Nakamura, M. The effect of smoking cessation counselling at health checkup. Sangio Eiseigaku Zasshi 2001 Nov; 43 (6): 207-13.
- 14.- A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service Report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283:3244.
- 15.- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, Washington, DC 1994.
- 16.- Mc Robbie, H, Hajek, P. Nicotine Replacement Therapy in patients with cardiovascular disease: Guidelines for health professionals. Addiction 2001 Nov; 96(11): 1547-51.
- 17.- Shiffman, S, Dresler, CM, Hajek, P, Gilbert, SJ, Targett, DA, Strahs, KR. Efficacy of Nicotine Lozenge for Smoking Cessation. Arch Intern Med 2002 Jun 10; 162 (11): 1267-76.
- 18.- Lagrue, G, Dupont, P, Fakhfah, R, Mantrait, C, Lormier, S. [Nicotine Substitution Therapy : 10 years later]. Presse Med 2002 Feb 23; 31(7): 291-5.
- 19.- Shiffman, S, Paty, JA, Rohay, JM, DiMario, ME, Gitchell, J. The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine replacement gum therapy. Arch Intern Med 2000 Jun 12; 160 (11): 1675-81.
- 20.- Transdermal nicotine for smoking cessation. Six-month results from two multicenter controlled clinical trials. Transdermal Nicotine Study Group. JAMA 1991; 266:3133.
- 21.- Richmond, RL, Kehow, L, de Almeida Neto, AC. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal patch. Heart 1997;78:617.
- 22.- Daughton, DM, Fortmann, SP, Glover, ED, et al. The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day. Prev Med 1999;28:113.
- 23.- Teneggi, V, Tiffany, ST, Squassante, L, Milleri, S, Ziviani, L, Bye, A. Smokers deprived of cigarettes for 72 hours: effect of nicotine patches on craving and withdrawal. Psychopharmacology (Berl) 2002 Nov; 164 (2): 177-87.
- 24.- Etter, JF, Laszlo, E, Zellweger, JP, Perrot, C, Perneger, TV. Nicotine replacement to reduce cigarette consumption in smokers who are unwilling to quit: a randomized trial. J Clin Psychopharmacol 2002 Oct ; 22(5) : 487-495.
- 25.- Jimenez-Ruiz, C, Solano, S, Viteri, SA, Ferrero, MB, Torrecilla, M, Mezquita, MH, Harm Reduction - a treatment approach for resistant smokers with tobacco-related symptoms. Respiration 2002; 69(5):452-5.
- 26.- Haustein, KO, Krause, J, Haustein, H, Rasmussen, T, Cort, N. Effects of cigarette smoking or nicotine replacement on cardiovascular risk factors and parameters of haemorrhology. J Intern Med 2002 Aug ; 252 (2): 130-9.
- 27.- Tonnesen, P, Paoletti, P, Gustavsson, G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: Results from the European CEASE Trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. Eur Respir J 1999; 13:238.
- 28.- Hurt, RD, Sachs, DPL, Glover, ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Eng J Med 1997; 337:1195.
- 29.- Jorenby, DE, Leischow, SJ, Nides, MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Eng J Med 1999; 340: 685.
- 30.- Jorenby, D. clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. Drugs 2002; 62 suppl 2: 25-35.
- 31.- Glassman, AH, Covey, LS, Stetner, F, Rivelli, S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. Lancet 2001; 357:1929.
- 32.- Wise, RA, Enright, PL, Connet, JE, et al. Effect of weight gain on pulmonary function after smoking cessation in the lung health study. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157:866.
- 33.- Motley, RJ, Rhodes, J, Ford, GA, et al. Time relationships between cessation of smoking and onset of ulcerative colitis. Digestion 1987; 37:125.
- 34.- Godfrey, C, Fowler, G. Pharmacoeconomic considerations in the management of smoking cessation. Drugs 2002; 62 suppl 2: 63-70.
- 35.- Fiore, MC. Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. Respir Care 2000 Oct; 45 (10): 1196-9.
- 36.- Sutherland, G. Current approaches to the management of smoking cessation. Drugs 2002; 62 Suppl 2: 53-61.
- 37.- Lancaster, T, Stead, LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (3): CD 001118.



# ● Manejo en Urgencias y Atención Primaria de la patología hormonal no diabética

J.A. Martínez Burgui<sup>1</sup>; M. Galindo Dobón<sup>1</sup>; M. Simó Piñol<sup>1</sup>; J. Majó Llopas<sup>1</sup>; F. Galve Royo<sup>1</sup>; V. Estopiñán García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina de Familia-Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

<sup>2</sup>Servicio de Endocrinología del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

## ● INTRODUCCIÓN

Del mismo modo que la patología relacionada con el metabolismo de la insulina constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de Atención Primaria y Urgencias, tanto por los médicos de Urgencias Hospitalarias como por los de Atención Primaria no Hospitalarias no ocurre igual con las urgencias relacionadas con el resto de las patologías hormonales. Se trata de pacientes que en la mayoría de los casos están diagnosticados previamente por el especialista en endocrinología y que sufren algún tipo de descompensación de su enfermedad.

La baja frecuencia de aparición de complicaciones urgentes en estos enfermos implica casi siempre un desconocimiento de su manejo

## ● INSUFICIENCIA SUPRARENAL

Se considera insuficiencia suprarrenal la situación patológica aguda en la que la producción de

hormonas esteroideas suprarrenales es inferior a las necesidades del organismo. La corteza de la glándula suprarrenal produce tres tipos de hormonas esteroideas: cortisol (glucocorticoide), aldosterona (mineralocorticoide), y hormonas sexuales (tanto estrógenos como andrógenos).

## ● CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

### Insuficiencia Suprarrenal Primaria

La insuficiencia suprarrenal primaria es debida a alteraciones en la glándula suprarrenal. Para que se manifieste clínicamente es necesario que se destruya el 90% de la glándula. Afecta a la producción de glucocorticoides, de mineralocorticoides y hormonas sexuales. La causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal crónica es la destrucción autoinmune de la glándula (**Tabla 1**).

### Insuficiencia Suprarrenal Secundaria

En la insuficiencia suprarrenal secundaria (**Tabla 1**) la producción de aldosterona se mantiene, ya

**Tabla 1. CAUSAS DE INSUFICIENCIA SUPRARENAL PRIMARIA Y SECUNDARIA**

Causas de insuficiencia suprarrenal primaria	Causas de insuficiencia suprarrenal secundaria
<b>Destrucción anatómica de la glándula (crónica y aguda)</b>	<b>Afectación hipofisaria</b>
1. Atrofia "idiopática" (autoinmune). 2. Extracción quirúrgica. 3. Infección (tuberculosis, hongos, SIDA) 4. Hemorragia. 5. Invasión: metástasis.	1. Tumores de hipófisis. 2. Apoplejía hipofisaria. 3. Silla turca vacía. 4. Hipofisitis.
<b>Fracaso metabólico de la producción hormonal</b>	<b>Bloqueo de la síntesis de ACTH</b>
1. Hiperplasia suprarrenal congénita. 2. Inhibidores enzimáticos (rifampicina, ketoconazol, difenilhidantoínas, opiáceos, etomidato). 3. Fármacos citotóxicos.	1. Suspensión de la administración exógena de glucocorticoides. 2. Extirpación de un tumor productor de ACTH en un paciente portador de enfermedad de Cushing