



REVISTA DE
PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



NOTA CLÍNICA

Tabaquismo y enfermedad psiquiátrica enmascarada

F. Villar Álvarez*, J. Gómez Seco y G. Peces-Barba Romero

Servicio de Neumología, Instituto de Investigación Sanitaria-Fundación Jiménez Díaz Capió, CIBERES, Madrid, España.

Recibido el 13 de diciembre de 2010; aceptado el 28 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo;
Insomnio;
Vareniclina;
Enfermedad
psiquiátrica

Resumen

Introducción: Sabemos que estudiar las características del hábito tabáquico y establecer un correcto diagnóstico de la enfermedad nos ayudará a manejar adecuadamente a pacientes con tabaquismo. Además, debemos fijarnos en las diferentes comorbilidades, principalmente las respiratorias, las cardiovasculares y las psiquiátricas.

Observación clínica: Presentamos un paciente de 53 años y fumador activo con un índice de tabaquismo acumulado de 70 paquetes/año. Realizó dos intentos previos de abandono del hábito tabáquico con resultado de fracaso. El grado de dependencia física era leve (prueba de Fagerström: 2 puntos), el de dependencia psicosocial y conductual fue leve también (prueba de Glover-Nilsson: 9 puntos) y el de motivación, moderado (prueba de Richmond: 7 puntos). Tras una intervención mínima se inicia tratamiento con vareniclina. En la semana 12 de tratamiento refiere insomnio en relación con estrés laboral (ya visto en intentos previos y que cedía al reiniciar el hábito tabáquico) y que no cedía a pesar de tratamiento con lorazepam. Se remitió a Psiquiatría, donde fue diagnosticado de trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión, enmascarada por el tabaquismo, y cuyo insomnio cedió con mirtazapina tras 8 meses y sin recaídas del hábito.

Comentario: El insomnio puede ser debido a un síntoma de abstinencia, a un efecto secundario de la vareniclina o a un síntoma de una enfermedad psiquiátrica. Además, no solo el tabaquismo es prevalente en enfermedades psiquiátricas sino que puede también enmascarar la presencia de un trastorno psiquiátrico. Por tanto, es necesaria una adecuada comprensión de la enfermedad y un correcto uso de las pruebas diagnósticas y de los fármacos actualmente utilizados en el manejo del tabaquismo.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fvillarleon@yahoo.es, fvillara@fjd.es (F. Villar Álvarez).

KEYWORDS

Smoking;
 Insomnia;
 Varenicline;
 Psychiatric disease

Smoking and occult psychiatric disorder**Abstract**

Introduction: In order to achieve an adequate case management with patients who smoke, we must study the habit and make a correct diagnosis. Respiratory, cardiovascular and psychiatric comorbidities should also be taken into account.

Case report: We present the case of a 53-year old male patient who was an active smoker of 70 packs/year index. He had previously unsuccessfully attempted to quit smoking. Fagerstrom and Glover-Nilsson tests showed low physical (2 points) and psychosocial and behavioral dependence (9 points), respectively, whereas the Richmond test showed a moderate dependence (7 points). After an initial minimum approach, treatment was initiated with varenicline. At week 12 of treatment, he reported work-related insomnia (this had also appeared in the previous attempts to quit the habit, and ceased with habit restoration) that did not respond to lorazepam. He was admitted in Psychiatry and was diagnosed with «adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood». After an 8-month treatment with mirtazapine, the insomnia abated with no smoking relapse.

Comment: In this insomnia should be regarded as a symptom of cigarette withdrawal, a varenicline side effect or a psychiatric symptom. Furthermore, smoking is not only very common among psychiatric patients, and it can mask underlying psychiatric disease in a supposedly non-psychiatric population. We must, therefore, make careful assessments and a correct use of the existing diagnostic tests and drugs currently used for smoking cessation.

Introducción

El tabaquismo se ha convertido en una enfermedad crónica con dependencia física, psicosocial y conductual que actualmente es una prioridad en todo el mundo y que conlleva amplias consecuencias sociosanitarias y económicas. El diagnóstico se fundamenta en una completa historia clínica junto con pruebas complementarias generales y específicas que caracterizan al paciente para instaurar la terapia más eficaz¹.

Aceptando al fumador como un paciente crónico, con sus recaídas, síntomas de abstinencia y remisiones, debemos prestar atención a las diferentes comorbilidades, fundamentalmente respiratorias, cardiovasculares o psiquiátricas, e integrar el manejo de esta enfermedad dentro del sistema de salud, dotándolo de los facultativos y medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para alcanzar la abstinencia definitiva.

Observación clínica

A nuestra consulta acude un varón de 53 años diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) desde hace 2 meses en tratamiento con tiotropio y salbutamol de rescate, y de neumotórax espontáneo hace 20 años que requirió medidas quirúrgicas. No refiere alergias medicamentosas conocidas ni factores de riesgo cardiovascular. Salvo tabaco no cuenta consumo de ninguna otra sustancia tóxica. Trabaja como empleado en una caja de ahorros, vive con su pareja desde hace 20 años y no tiene hijos. En los antecedentes familiares destaca el diagnóstico de trastorno depresivo en una hermana.

El paciente refiere ser fumador de tabaco rubio desde hace 35 años aproximadamente y con un índice de tabaquis-

mo acumulado de 70 paquetes/año; actualmente, de 20 cigarrillos al día. Además, ha tenido dos intentos previos de abandono del hábito tabáquico. El primero de ellos fue hace 10 años y se realizó sin ayuda farmacológica. La recaída se produjo al año por insomnio y estrés en relación con el ámbito laboral. El segundo fue hace 4 años con terapia sustitutiva de nicotina (TSN) mediante el uso de parches sin que recuerde ni la dosis ni la pauta utilizada; fracasó de nuevo sin haber llegado a cesar totalmente el hábito. Por último, 2 meses antes de nuestra primera consulta para deshabitación tabáquica se realizó una intervención mínima con una entrevista motivacional.

El paciente estaba consciente, orientado y colaborador, era de constitución delgada (peso de 80 kg y estatura de 188 cm), con coloración normal de piel, mucosas y uñas, y respiración eupneica en reposo. En la auscultación cardiopulmonar el latido cardíaco era rítmico y sin soplos y el murmullo vesicular pulmonar estaba conservado sin ruidos añadidos. El resto de la exploración por aparatos fue anodina.

El paciente se encontraba en fase de preparación tras la intervención mínima previa 2 meses antes. El día de la primera consulta de deshabitación tabáquica el grado de dependencia física, medido con la prueba de Fagerström era leve (2 puntos), el de dependencia psicosocial y conductual, medido con la prueba de Glover-Nilsson, también leve (9 puntos) y el de motivación, medido con la prueba de Richmond, moderado (7 puntos).

La analítica sanguínea mostraba valores del recuento de leucocitos, hematíes, plaquetas y función renal y hepática dentro de los límites de la normalidad. La analítica de orina fue anodina. En la radiografía de tórax se observaron signos de hiperinsuflación pulmonar. Las pruebas de función pulmonar mostraban un patrón obstructivo moderado con descenso de la capacidad de difusión del CO. Por último en el

Tabla 1 Calendario de consultas realizadas en el manejo del paciente

Consulta	Tiempo	Fase	Tratamiento	Fuma	Abstinencia
Previa	-2 meses	Preparación	Intervención mínima	Sí	No
1. ^a	0	Preparación	Vareniclina	Sí	No
2. ^a	1 mes	Acción	Vareniclina/refuerzo	No	Ganancia de peso
3. ^a	3 meses	Acción	Refuerzo	No	Insomnio
4. ^a	5-6 meses	Acción	Refuerzo	No	Insomnio
5. ^a	8 meses	Mantenimiento	Refuerzo	No	Insomnio

Se detallan las fases de abandono del tabaco, el tratamiento llevado a cabo, la presencia de síntomas de abstinencia y el logro del cese del hábito tabáquico.

electrocardiograma hallamos una bradicardia sinusal con signos de sobrecarga ventricular derecha, sin cardiopatía estructural visualizada en la ecocardiografía.

El paciente fue diagnosticado inicialmente de tabaquismo activo con grado de fumador leve-moderado. Tras este, el paciente entró en una fase de preparación con una reducción en el consumo diario del número de cigarrillos tras la intervención mínima previa. En primer lugar, le recomendamos una serie de medidas higiénico-dietéticas dirigidas fundamentalmente a controlar su peso y consejos prácticos para modificar los hábitos diarios que pudieran evitar el consumo de tabaco. Tras estas medidas se fijó el calendario de consultas (tabla 1), el día de comienzo del tratamiento y abandono del tabaco, se le pautó vareniclina, un comprimido de 0,5 mg una vez al día durante los primeros 3 días, seguido de un comprimido de 0,5 mg dos veces al día durante los días 4 a 7. A partir de esa primera semana de tratamiento, se incrementó la dosis a 1 mg dos veces al día y se continuó con esa posología durante 11 semanas más.

En la primera revisión al mes nos comenta que, tras una primera semana de tratamiento en la que todavía fumó algún cigarrillo, en la segunda abandonó completamente el hábito tabáquico. Además, durante los 2 primeros días de tratamiento notó sequedad de boca, en probable relación con la toma de vareniclina, que cedió sin intervención farmacológica. No había ganado peso ni refirió otros síntomas de abstinencia. En esta y en posteriores visitas se realiza una intervención mínima de refuerzo motivacional del cese conseguido.

En la segunda revisión a los 2 meses, ya en la fase de acción, el paciente continuaba sin fumar, había ganado 1,5 kg de peso (actual de 81,5 kg) y seguía sin efectos secundarios del fármaco ni otros síntomas de abstinencia.

En la tercera revisión a los 3 meses, el paciente había cumplido las 12 semanas de tratamiento y se mantenía sin consumir tabaco, había perdido medio kilo de peso (actual de 81 kg), pero refería insomnio. Ante la duda inicial de que se tratase de un síntoma de abstinencia o un efecto secundario del fármaco, a pesar de haber finalizado ya este, decidimos volver a los antecedentes del paciente en los que nos había comentado que en los intentos previos de abandono del hábito tabáquico también había padecido insomnio. Este desaparecía cuando volvía a fumar, por lo que este síntoma podría estar en relación con la abstinencia a la nicotina. En este mo-

mento se pauta medio comprimido de 1 mg de lorazepam, además de recomendarle que evitase el café, el té, las bebidas con cafeína y que tuviese adecuados hábitos del sueño.

En la cuarta visita a los 5-6 meses el paciente seguía sin fumar, sin ganar peso, pero continuaba con insomnio, aunque con menor intensidad, que relacionaba con estados de ansiedad, sobre todo en el ámbito laboral, por lo que lo remitimos a consultas de Psiquiatría para descartar enfermedad adaptativa. En dicha consulta el psiquiatra observó insomnio global, afecto subdepresivo y ansiedad ocasional sin que se objetivase ideación o planificación autoagresiva. Fue diagnosticado de trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22 de la clasificación CIE 10), e inició tratamiento con 2 comprimidos de 25 mg de agomelatina por la noche.

En la quinta visita a los 8 meses, en la que el paciente continuaba sin fumar y ya en la fase de mantenimiento, refirió persistencia del insomnio, aunque en menor grado, y de los síntomas subdepresivos y de ansiedad. El paciente continuó con revisiones periódicas por el Servicio de Psiquiatría, y actualmente, 2 meses después de la quinta visita, en una consulta telefónica nos comenta que, tras tratamiento con un comprimido de 25 mg de mirtazapina por la noche, los síntomas de insomnio han desaparecido y continúa sin consumir tabaco.

Comentario

Sabemos que el tabaquismo es la primera causa de enfermedad y muerte prevenible en los países desarrollados², y que estudiar las características del hábito tabáquico de nuestros pacientes fumadores y establecer un correcto diagnóstico de la enfermedad nos ayudará a manejar adecuadamente a estos pacientes para conseguir el cese de dicho hábito y prevenir sus recaídas.

Nuestro paciente acudió a la consulta como fumador activo, en la que se le diagnosticó de EPOC y se realizó una intervención mínima con una entrevista motivacional. Esta intervención nos ayudó a que el paciente, en fase de preparación, redujese el consumo de cigarrillos y favoreciese el cese del hábito tabáquico tras introducir el tratamiento farmacológico. Revisando la literatura disponible observamos que en diferentes estudios y guías clínicas ha quedado sufi-

cientemente demostrado que una intervención mínima es significativamente eficaz para abandonar el hábito tabáquico³. Además, la combinación de estas con el tratamiento farmacológico es más efectiva para alcanzar dicho abandono que si solo realizamos una intervención³.

Cuando establecimos la estrategia terapéutica utilizando vareniclina en la intervención farmacológica, nos preguntamos si este fármaco era el tratamiento más adecuado. Sabemos que la vareniclina actúa como un agonista parcial y que, por tanto, se comporta como agonista estimulando los receptores nicotínicos, disminuyendo la necesidad de fumar y el resto de los síntomas de abstinencia. La acción antagonista disminuye la recompensa asociada al consumo⁴. Los estudios han demostrado que con vareniclina se reducen el deseo de fumar y los efectos placenteros del tabaco en mayor medida que con TSN⁵, fármaco empleado sin éxito previamente por el paciente, y con bupropión⁶. Además, de los diferentes estudios se puede extraer que la prevención de las recaídas puede ser efectiva con vareniclina, es poco probable con bupropión y todavía se necesitan más estudios con la TSN tanto en monoterapia como en combinación⁷. Estos datos, junto con la historia de intentos previos de abandono del tabaco nos hicieron rechazar el tratamiento con TSN y con bupropión, aunque es cierto que si el paciente hubiera estado diagnosticado previamente de enfermedad psiquiátrica nos habríamos planteado el tratamiento con este último fármaco.

En los controles posteriores al abandono del hábito tabáquico el paciente refirió insomnio y nos preguntamos si era un síntoma de abstinencia, un efecto secundario de la vareniclina o, una vez diagnosticado de trastorno adaptativo con reacción mixta de depresión y ansiedad, un síntoma de este. El insomnio ha sido descrito en diferentes estudios como uno de los efectos secundarios frecuentes en pacientes que toman vareniclina⁸, pero los síntomas aparecen en los primeros días y suelen reducirse posteriormente. En nuestro paciente apareció a los 3 meses, tras el abandono del fármaco. Este dato y el hecho de que la acción agonista de la vareniclina sustituye parcialmente los efectos de la nicotina nos hizo pensar que el insomnio podría ser un efecto de la abstinencia a la nicotina del paciente. Por otro lado, el insomnio es un síntoma del trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión y en nuestro paciente solía ir asociado a estados de estrés laboral, por lo que no podíamos descartar el origen del insomnio en este trastorno.

Por último, sabemos que el tabaco tiene efectos tanto antidepresivos como ansiolíticos, por lo que nos cuestionamos también si la adicción al tabaco enmascaraba los síntomas y el diagnóstico del trastorno adaptativo con reacción mixta de depresión y ansiedad. La respuesta a esta pregunta nos la dio la historia adictiva del paciente, ya que cuando dejaba de fumar afloraba el insomnio y el estrés laboral, sínto-

mas que mejoraban o desaparecían cuando el paciente volvía a consumir tabaco o cuando se trataba con antidepresivos o ansiolíticos. Por tanto, no solo el tabaquismo es prevalente en enfermedades psiquiátricas sino que, invirtiendo la relación, hay una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en los fumadores⁹.

Podemos concluir diciendo que en el manejo del paciente con tabaquismo es necesaria una adecuada comprensión de la enfermedad, de las pruebas diagnósticas, de las comorbilidades y de los fármacos actualmente utilizados, para poder así seleccionar una herramienta eficaz que consiga la abstinencia definitiva en estos pacientes.

Bibliografía

1. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Guidelines for a diagnostic and therapeutic approach to smoking addiction. A consensus report. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:35-41.
2. The 2004 United States Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking. *N S W Public Health Bull*. 2004; 15:107.
3. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008. Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008;35:158-76.
4. Tonstad S. Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de vareniclina. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M, editores. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. 4.ª edición. Badalona: Euromedice; 2009. pp. 243-65.
5. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax*. 2008;63:717-24.
6. West R, Baker CL, Cappelleri JC, Bushmakin AG. Effect of varenicline and bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology*. 2008;197:371-7.
7. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD003999.
8. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al; Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296:56-63.
9. Ramón Torrel JM, Riesco Miranda JA. Intervención sobre fumadores especialmente vulnerables y fumadores de riesgo. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M, editores. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. 4.ª edición. Badalona: Euromedice; 2009. pp. 117-49.