



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 quite 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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2682418>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2682418>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)