



Cas clínic: Pacient amb patologia CV

Societat Catalana pel Control i Tractament del Tabaquisme
Presentació de Casos Clínic
11 abril de 2011

Dra. Marta Banqué Navarro
Medicina Preventiva i Salut Pública
Unitat Tractament del Tabaquisme
Hospital Universitari de Bellvitge

Història clínica i AP


Home de 57 anys que, com a antecedents d'interès refereix Diabetis Mellitus tipus II de cinc anys d'evolució en tractament amb antidiabètics orals que fa tres mesos va presentar dolor precordial diagnosticat de IAM de cara inferior.

Ingrés hospitalari durant 7 dies sense complicacions a l'alta.

Actualment en tractament amb AAS 300mg/dia, hipolipemiants (estatina 20 mg/dia), antidiabètics orals i antidepressius (paroxetina).

Història tabàquica: fumador de 40 cig/dia abans del ingrés hospitalari. No va fumar durant el ingrés a la unitat coronària. Actualment, fumador de 30 cig/dia des de el tercer dia de l'alta.

Cap intent previ. Fagerström de 8.



“ Con lo que ha pasado y todavía fumando! Pero hombre, deje ya esta costumbre de una vez! A ver si ya se lo propone en serio. Un día por la mañana, se levanta y nada de tabaco. De acuerdo? Qué día quiere que hagamos el análisis?”

Respostes I

L'actitud del professional, en aquest cas, et sembla:

- a) CORRECTA. El pacient no està motivat per deixar de fumar. No s'ha d'insistir.
- b) CORRECTA. Ha de ser el pacient qui prengui la decisió de canviar un hàbit com és l'hàbit de fumar.
- c) INCORRECTA. Hem d'insistir en que la seva patologia tan coronària com respiratòria són degudes al consum de tabac. Comentar el mal pronòstic si continua fumant i citar-lo en 15 dies per veure si ha deixat de fumar.
- d) INCORRECTA. Hem de ser proactius i oferir la nostra ajuda per deixar de fumar.

Raonament respostes

- a) El professional no sap si el pacient està motivat, o no, per deixar de fumar. En cap moment li fa la pregunta clau: *“Vol deixar de fumar?”*
- b) El pacient té una **ADDICCIÓ CRÒNICA** a la nicotina. En cap cas és un hàbit ni una mala costum.
- c) El professional transmet tota la responsabilitat de deixar de fumar al pacient sense ser proactiu ni oferint la seva ajuda per deixar de fumar

Les bases de l'addicció

Addicció: Dependència fisiològica i psicològica habitual a una substància que s'escapa al control voluntari

“ No fumo perquè vull sinó perquè sóc addicte ”

Conducta que no es considera d'elecció i que es dona en funció de:

- **La droga:** Reforç positiu i negatiu
- **La persona:** Patrons de conducta i de personalitat (impulsivitat i cerca de sensacions)
- **L'entorn:** Oportunitats, falta d'alternatives i pressió social (adolescència)

Respostes II

En aquest cas, i degut a la polimediació del pacient, el tractament farmacològic estaria:

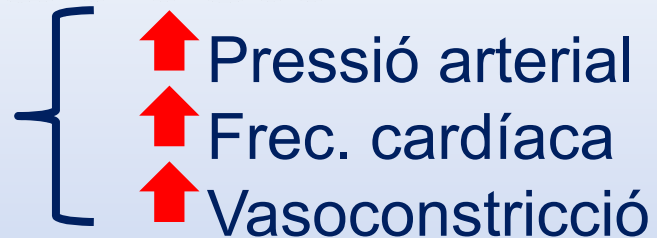
- a) CONTRAINDICAT. La TSN podria empitjorar la seva cardiopatia isquèmica
- b) CONTRAINDICAT. Remetre'l a teràpia de grup on treballar una reducció progressiva fins l'abstinència amb suport cognitiu-conductual
- c) Podem utilitzar qualsevol dels tres fàrmacs de 1^a línia sense problemes a més de consell conductual.
- d) Podem utilitzar qualsevol dels tres fàrmacs de 1^a línia sense problemes a més de consell conductual i caldrà monitoritzar les xifres de glucèmia i les dosis dels antidiabètics orals

Raonament respostes

- a) Malgrat la seva patologia de base de cardiopatia isquèmica, no hi ha cap contraindicació amb l'ús de qualsevol dels fàrmacs de 1^a línia. Fa 3 mesos de l'episodi de IAM
- b) El pacient té una dependència a la nicotina elevada (Fagerström 7). No s'aconsella el suport cognitiu-conductual com a única eina per deixar de fumar
- c) Donada la seva patologia de base (DM II) és aconsellable monitoritzar les xifres de glucèmia i les dosis d'antidiabètics orals (AO) independentment del tractament utilitzat. En un pacient diabètic és important ajustar les dosis de AO o insulina ja que les seves xifres es veuran reduïdes.

Cardiopatia isquèmica i TSN

Efectes CV de la nicotina



La seguretat de la TSN està provada (demorar 3-4setm)

- No s'ha trobat cap associació entre EA CV greus i ús de TSN en assaigs clínics

(Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008;1:CD000146)

- Diversos estudis han examinat la seguretat en l'ús de TSN en individus amb risc conegut de patologia CV no trobant-se cap associació entre TSN i risc de IAM, arrítmia o mort

Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. N Engl J Med 1996;335:1792-8

Joseph AM, Fu SS. Safety issues in pharmacotherapy for smoking cessation in patients with cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis 2003;45:429-41

The New England Journal of Medicine

**THE SAFETY OF TRANSDERMAL NICOTINE AS AN AID TO SMOKING CESSATION
IN PATIENTS WITH CARDIAC DISEASE**

ANNE M. JOSEPH, M.D., M.P.H., SUZANNE M. NORMAN, PH.D., LINDA H. FERRY, M.D., M.P.H.,
ALLAN V. PROCHAZKA, M.D., M.Sc., ERIC C. WESTMAN, M.D., M.H.S., BONNIE G. STEELE, R.N., PH.D.,
SCOTT E. SHERMAN, M.D., M.P.H., MINOT CLEVELAND, M.D., DAVID O. ANTONUCCIO, PH.D.,
NEIL HARTMAN, M.D., PH.D., AND PAUL G. MCGOVERN, PH.D.

Assaig Clínic randomitzat doble cec (2 branques: TSN – Placebo)
N= 584 Estudi multicèntric (10 Veterans Affairs medical centers)
Críteris inclusió: edat ≥ 45 anys, fumadors ≥ 15 cig/dia, ≥ 2 setm.
post episodi CV (IAM, angina, cirurgia bypass coronari, etc.), CO
 ≥ 8 ppm, et al.

Tractament (TSN-pegats): 10 setmanes

21mg/24h \rightarrow 6 setmanes

14mg/24h \rightarrow 2 setmanes

7 mg/24h \rightarrow 2 setmanes

Seguiment: 14 setmanes

TABLE 2. SERIOUS ADVERSE EVENTS ACCORDING TO STUDY GROUP.

EVENT	SUBJECTS WITH EVENTS*			EVENTS		
	NICOTINE (N = 294)	PLACEBO (N = 290)	P VALUE	NICOTINE	PLACEBO	P VALUE
	no. (%)			no.		
Primary end points						
Death	1	6		1	6	
Myocardial infarction	0	1		0	1	
Cardiac arrest	1	1		1	1	
Admission for increased severity of angina	7	10		8	12	
Admission for arrhythmia	5	3		6	6	
Admission for congestive heart failure	2	2		3	3	
Total	16 (5.4)	23 (7.9)	0.23	19	29	0.10
Secondary end points						
Admission for peripheral vascular disease	3	5		3	5	
Admission for cerebrovascular disease	4	3		5	4	
Admission for other reasons†	16	13		21	16	
Outpatient visit for increased severity of atherosclerotic cardiovascular disease	12	7		16	8	
Total	35 (11.9)	28 (9.7)	0.37	45	33	0.23
All end points	48 (16.3)	47 (16.2)	0.97	64	62	0.39

Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1792-8

Cessació tabàquica i metabolisme glucosa

- Fumar disminueix la sensibilitat a la insulina i provoca una alteració de la tolerància a la glucosa (tant en DM II com en no diabètics)

MECANISMES

- **Alteració secreció hormones** que alteren la sensibilitat a la insulina (catecolamines, glucagó, cortisol i hormona del creixement)
- **Metabolisme àcids grassos:** ↑ lipòlisis → ↑ àcids grassos → alteració sensibilitat i secreció d'insulina (competició amb la glucosa com a font energètica muscular)
- **Estrés oxidatiu**
- **Síndrome metabòlic**

Cessació tabàquica i metabolisme glucosa

- La cessació tabàquica millora la sensibilitat a la insulina
- Aquesta millora és independent del tractament utilitzat (propi del metabolisme de la nicotina)
- Will JC, Galuska DA, Ford ES, Mokdad A, Calle EE. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2001;30:540-6.
- Eliasson B, Attvall S, Taskinen MR, Smith U. Smoking Cessation improves insulin sensitivity in healthy middle-aged men. *Eur J Clin Invest* 1997;27:450-6
- Targher R, Alberiche M, Zenere MB, Bonadonna RC, Muggeo, et al. Cigarette smoking and insulin resistance in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;82:3619-24.

Maneig farmacològic

Tractament prescrit: VRL (Champix®) en monoteràpia

Indicacions:

- Inici del tractament en 3 dies
- Posologia:

Dies 1 – 3:	0.5 mg pel matí
Dies 4 – 7:	0.5 mg matí i nit
Dia 8 – Fí del tractament	1 mg matí i nit

- Després dels àpats
- Dia “D” → Dia 8 (“*Dejarás de fumar de golpe*”)
- Propera visita als 2 dies de deixar de fumar (dia 10)

Maneig farmacològic

S'ha fet correctament?

Dades d'interès:

- Fumador de 30 cig/dia (fa 4 mesos fumava 40 cig/dia)
- Inici als 3 dies de l'alta hospitalària
- Dependència → Fagerstrom 8
- Cap intent previ

Adoptaries una altra estratègia farmacològica?

- a) **Monoteràpia** amb VRL sense reduir prèviament el número de cig/dia deixant de fumar de cop el dia 8
- b) **Disminuir** 14 dies abans del inici amb VRL (**monoteràpia**) deixant de fumar el dia 8 del inici del tractament
- c) **Teràpia combinada** VRL + TSN (comp/xiclets) sense reduir el número de cigarretes abans del inici del tractament deixant de fumar el dia 8 i inici TSN des del dia 1 de tractament
- d) **Teràpia combinada** VRL + TSN (comp/xiclets) sense reduir el número de cigarretes abans del inici del tractament deixant de fumar el dia 8 i inici TSN des del dia 8 de tractament
- e) **Teràpia combinada** VRL + TSN (pegats) sense reduir el número de cigarretes abans del inici del tractament deixant de fumar el dia 8 i. inici TSN des del dia 8 de tractament
- f) **Teràpia combinada** VRL + TSN (pegats) sense reduir el número de cigarretes abans del inici del tractament deixant de fumar el dia 8 i. inici TSN des del dia 1 de tractament

Maneig farmacològic

En pacients amb patologia de base i amb una elevada dependència a la nicotina valorar **TERÀPIA COMBINADA:**

- VRL + TSN (oral/transdèrmica)
- BUP + TSN (oral/transdèrmica)

Maneig farmacològic

A la propera visita, el pacient acudeix a la consulta. Fa 2 dies que no fuma. Quan se li pregunta si ha tolerat bé el fàrmac comenta que des de el 4rt dia té nàusees i una sensació estranya a l'estómac

Quina seria l'actitud més correcta?

- a) Afegir omeprazol al tractament. Podria tractar-se d'un efecte farmacològic.
- b) Interrogaria al pacient sobre les circumstàncies que pren el fàrmac
- c) Afegiria un antiemètic
- d) Suspendria el tractament

Maneig farmacològic

Esdeveniment advers	Vareniclina 0,5 mg BID n= 129	Vareniclina 1 mg BID n= 821	Placebo n= 805
Nàusees	16%	30%	10%
Insomni	19%	18%	13%
Sons anormals	9%	13%	5%
Estrenyiment	5%	8%	3%
Flatulència	9%	6%	3%
Vòmits	1%	5%	2%

Maneig farmacològic

- Les nàusees apareixen més freqüentment quan la VRL no es pren després de la ingesta d'aliments

Biodisponibilitat no afectada per la ingesta

- Valorar prendre el fàrmac després de dinar si continuen les molèsties

Vida mitja ~24 hores

- En el cas que no desaparegui la simptomatologia tot i prendre-ho després de la ingesta valorar l'associació d'un antiemètic o bé disminuir a 0,5 mg/dia i nit

Excepcionalment les nàusees seran causa d'abandonar el tractament

Maneig farmacològic

En el transcurs de la visita, el pacient ens comenta que fa 5 dies que no dorm. En interrogar sobre aquest símptoma diu que dorm unes 3-4 hores i que després es desperta

Què seria important incloure en el interrogatori del insomni?

- a) Si pren VRL abans o després de sopar
- b) Descartar simptomatologia relacionada amb l'abstinència a la nicotina com l'ansietat, la irritabilitat, falta de concentració, etc.**
- c) Consum d'estimulants com el cafè, té, begudes gasoses amb cafeïna, etc.

Maneig farmacològic

- En aquests pacients cal diferenciar entre 2 tipus de insomni:
 - Insomni de conciliació (opció c)
 - Insomni propi del Síndrome d'Abstinència a la Nicotina (SAN)
- Valorar modificar la pauta avançant la segona presa després de dinar
- Si malgrat aquesta modificació persisteix el insomni, adoptar una de les 2 estratègies:
 - Pautar 0,5 mg/matí + 0,5 mg/migdia
 - 1 sol comprimit 1mg/matí

Excepcionalment el insomni serà causa d'abandonar el tractament