

# La enfermedad de Addison



## GUÍA INFORMATIVA PÚBLICA

**S0014**

*Versión 1.0 – Febrero de 2022*

# Contenido

<b>Presentación</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Procedencia del nombre “enfermedad de Addison”</b>	<b>4</b>
<b>¿Puede uno vivir con la enfermedad de Addison?</b>	<b>4 – 5</b>
<b>John Fitzgerald Kennedy tuvo la enfermedad de Addison</b>	<b>5</b>
<b>Síntomas</b>	<b>5</b>
<b>Hormonas afectadas</b>	<b>6</b>
<b>Tratamiento</b>	<b>6 – 7</b>
<b>¿Cómo ajustar la dosis del glucocorticoide?</b>	<b>7</b>
<b>Dosis de estrés</b>	<b>7 – 8</b>
<b>Crisis suprarrenal</b>	<b>8 – 9</b>
<b>Se recomienda si tienes la enfermedad de Addison...</b>	<b>9 – 10</b>
<b>En Adisen disponemos de...</b>	<b>10</b>
<b>Bibliografía y referencias</b>	<b>11 - 12</b>

# Presentación

Adisen es una asociación sin ánimo de lucro, compuesta por pacientes, familiares, cuidadores, y personas interesadas en las enfermedades que incluye.

Nuestra intención es la de ayudar y apoyar a las personas afectadas, facilitando información y difundiendo la existencia y conocimiento de estas enfermedades entre los afectados y los profesionales del sector sanitario.

Esta guía ha sido elaborada con la intención de ayudarte en la comprensión de algunos de los términos con los que puedes encontrarte durante el manejo de tu enfermedad.

La información obtenida procede de fuentes fidedignas y ha sido traducida de otros idiomas para que puedas acceder a ella. No obstante, recordamos que esta información no sustituye a tu médico ni debe considerarse definitiva, ya que siempre debes consultar con tu especialista y no cambiar el tratamiento sin su supervisión.

La información facilitada a través de esta guía es sin ánimo de lucro y con la única intención de difundir la información y conocimiento acerca **de la enfermedad de Addison**.

Puede que no te sientas identificado con toda la información que se transcribe, pero esperamos que te ayude a comprender tu enfermedad y que te ofrezca una base para que puedas comunicarte mejor con tu médico de familia y especialista.

# INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Addison es una insuficiencia suprarrenal primaria cuya causa es autoinmune.

La insuficiencia suprarrenal primaria es un desorden endocrino u hormonal que tiene lugar cuando no se produce la cantidad suficiente de ciertas hormonas, que son esenciales para vivir, por culpa de un mal funcionamiento de las glándulas suprarrenales.

Entre algunos de los tipos de insuficiencia suprarrenal primaria se encuentran la enfermedad de Addison, la hiperplasia suprarrenal congénita, hipoplasia suprarrenal congénita, el síndrome autoinmune poliglandular y la adrenoleucodistrofia.

También se produce una insuficiencia suprarrenal primaria tras la extracción quirúrgica de las glándulas suprarrenales, siendo posible

Aunque también es posible desarrollar insuficiencia suprarrenal primaria cuando se extrae solo una de las glándulas suprarrenales.

La enfermedad de Addison no es obvia hasta que no ha destruido más del 90% de la corteza suprarrenal, es decir, cuando apenas resta capacidad suprarrenal, pero esto no significa que exista ya una insuficiencia suprarrenal, aunque todavía no haya destruido una parte importante de la corteza suprarrenal.

## PROCEDENCIA DEL NOMBRE: “ENFERMEDAD DE ADDISON”

La enfermedad de Addison recibe su nombre por su descubridor; el doctor Thomas Addison. Un científico que descubrió varias enfermedades en el siglo XIX, entre ellas la enfermedad de Addison.

Thomas Addison (1793-1860), fue un científico y médico británico del siglo XIX, que descubrió varias enfermedades, entre ellas la enfermedad de Addison y la anemia perniciosa, causada por la incapacidad de absorber vitamina B12.

También descubrió la crisis de Addison (crisis suprarrenal) y el síndrome de Addison-Schilder, una enfermedad metabólica que combina la enfermedad de Addison y la esclerosis múltiple.

## ¿PUEDO VIVIR CON LA ENFERMEDAD DE ADDISON?

¿Puede alguien vivir con diabetes mellitus? Aunque la enfermedad de Addison no tiene comparación con un diabético, la respuesta es bien sencilla. Al igual que sucede con esta enfermedad, cada persona



la padece de forma distinta.

Aunque la enfermedad de Addison es una enfermedad crónica, para la que no existe cura, existe tratamiento. Y, si bien algunas personas no consiguen recuperar nunca su vida normal, otras pueden llevar una vida bastante normal, siempre y cuando manejen bien su tratamiento.

## JOHN FITZGERALD KENNEDY TUVO LA ENFERMEDAD DE ADDISON

Pues sí, el presidente de los Estados Unidos, **John Fitzgerald Kennedy**, fue una de los personajes más conocidos que tuvo la enfermedad de Addison. Y, desde entonces, se han ido sumando otros nombres menos conocidos. En la actualidad hay deportistas profesionales, atletas, cantantes, etcétera.

### SÍNTOMAS

Estos son algunos de los síntomas que pueden manifestarse en la enfermedad de Addison, sin embargo, no es imprescindible presentarlos todos:

- Cansancio
- Debilidad muscular
- Pérdida de peso
- Pérdida de apetito
- Mareo y/o síncope
- Vómitos
- Diarrea
- Presión sanguínea baja
- Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática (POTS)

- Necesidad de sal
- Necesidad de azúcar
- Ritmo cardíaco alterado
- Nivel de azúcar en sangre bajo
- Dolor en los músculos y/o articulaciones
- Palidez de la piel
- Hiperpigmentación en la piel
- Movimientos lentos y aletargados
- Falta de concentración
- Intolerancia al ejercicio
- Intolerancia al frío/calor
- Depresión
- Irritabilidad
- Dolores de cabeza
- Menstruación ausente o irregular (mujeres)
- Alergias
- Intolerancias a alimentos
- Micción frecuente
- Sed aumentada
- Etc.

## HORMONAS AFECTADAS

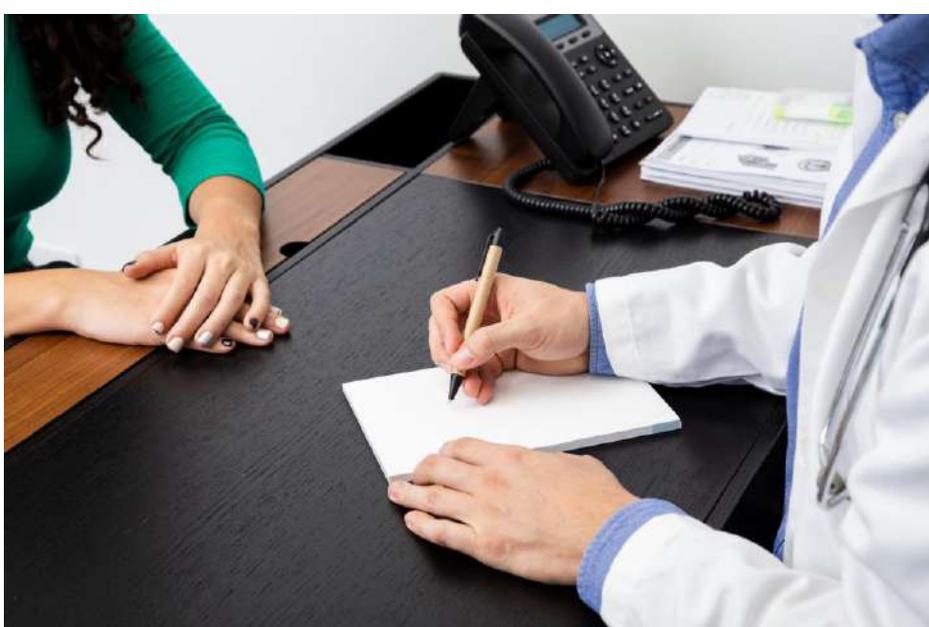
En la enfermedad de Addison se encuentra deficiente el cortisol.

**El cortisol** es la hormona anti-estrés más importante de nuestro organismo.

Desempeña funciones vitales como, entre otras, regular la tensión arterial y la función cardiovascular, así como regular el uso de las proteínas, carbohidratos y grasas. Además, protege al cuerpo de un cansancio excesivo.

Normalmente, su producción aumenta en respuesta a cualquier estrés al que se enfrenta el organismo, tanto físico, como psicológico.

Además, del cortisol, en la enfermedad de Addison es



bastante frecuente que también se encuentre deficiente otra hormona importante: **la aldosterona**.

La aldosterona es la hormona principal del grupo de mineralocorticoides. Ayuda a regular los niveles de sodio y de potasio en el cuerpo, por lo tanto, ayuda a retener la sal que es necesaria, lo que a su vez controla la tensión arterial, la distribución de los fluidos en el cuerpo, y equilibra los electrolitos en la sangre.

En la insuficiencia suprarrenal también suele ser frecuente que exista una deficiencia de **la hormona DHEA**. Esta hormona, conocida como dehidroepiandrosterona, es una hormona endógena que

produce el cuerpo humano y es secretada por las glándulas suprarrenales. Sirve como precursora de las hormonas sexuales masculinas y femeninas, es decir, los andrógenos y los estrógenos.

Según el tipo de insuficiencia suprarrenal, es posible que también estén afectadas otras hormonas.

## TRATAMIENTO

Las hormonas suprarrenales son esenciales para vivir. Por ello, la mayoría de las personas con la enfermedad de Addison siguen una terapia de reemplazo hormonal con un

glucocorticoide, y posiblemente también con un mineralocorticoide y con DHEA.

La deficiencia de cortisol suele reemplazarse mediante un glucocorticoide, preferentemente hidrocortisona debido a que es absorbida rápidamente por el organismo. Se trata de una medicación que es absorbida por el estómago y que se encuentra activa en la sangre en unos 30 minutos después de su ingesta. Su toma es oral, en forma de pastilla, y debe tomarse dividida en dosis, imitando lo mejor posible la curva natural de producción de cortisol del organismo. En caso de estrés, se requiere aumentar la dosis (dosis de estrés).

Además de la hidrocortisona, existen otros glucocorticoides disponibles en el mercado como son: Prednisona, Dexametasona, Cortisona Acetato y Plenadren, entre otras.

Además, ya se encuentran en fase de desarrollo y/o a punto de comercializar otras opciones para un futuro próximo.

Para reemplazar el mineralocorticoide no hay muchas opciones en el mercado, ya que solo existe un solo medicamento que pueda sustituir a la hormona deficiente aldosterona: la fludrocortisona.

La fludrocortisona suele tomarse en una o dos dosis al día. Es de actuación más lenta que los esteroides que reemplazan el cortisol.

Algunos estudios sugieren que el uso de la DHEA podría mejorar el estado general, calidad de vida, capacidad de ejercicio, libido, y niveles hormonales de las personas con una insuficiencia suprarrenal. Sin embargo, su uso no está autorizado en todos los países.

## ¿CÓMO AJUSTAR LA DOSIS DEL GLUCOCORTICOIDE?

La cantidad que necesitas depende de ti. No se puede seguir un patrón fijo, ni copiar el tratamiento de otra persona. Tienes que basarte en tu estado de salud general, en los síntomas, en tu cansancio/energía, en las veces que necesites tomar una dosis extra, en tu tensión arterial... En tu nivel de electrolitos en sangre... En síntomas de estar tomando de más o de menos...

No se puede tomar como cualquier otro tratamiento que suele prescribirse en la mañana, almuerzo y cena. Lo normal es intentar imitar la curva de producción natural de la hormona cortisol en el organismo.

### DOSIS DE ESTRÉS

Cuando te enfrentas a un estrés extremo y no obtienes la dosis extra necesaria para que tu cuerpo pueda manejarlo, se

puede producir una **crisis suprarrenal/crisis adrenal** (crisis de Addison).

*Relación de algunos de los síntomas que pueden manifestarse: (pero, recuerda que no es necesario tenerlos todos al mismo tiempo).*

- ✚ **Cansancio extremo.**
- ✚ **Acusado descenso de la tensión arterial o alteración de la tensión arterial**
- ✚ **Confusión mental.**
  - ✚ **Mareo.**
  - ✚ **Dolor de cabeza.**
  - ✚ **Náuseas.**
  - ✚ **Vómitos.**

Es fundamental evitar que tus síntomas vayan a más y desencadenen en una crisis. Si tienes alguna duda en cuanto a qué dosis extra tomar, consúltalo con tu endocrino.

Como norma general, ten en cuenta que tomar una dosis en exceso durante unos días no te

hará daño, lo que puede perjudicarte es tomar demasiada hidrocortisona a largo plazo.

Por lo tanto, de forma prudente puedes tomar una dosis extra para superar una enfermedad o estrés mayor. En algunos casos, se hará necesario utilizar la inyección de emergencia de hidrocortisona para evitar la crisis.

Como hemos explicado antes, cada persona es diferente, por lo que al igual que no existe un patrón a seguir para saber qué dosis prescribir a cada una de ellas en el tratamiento

habitual diario, la dosis de estrés también es algo individual que sólo se conocerá probando y comprobando si desaparecen los síntomas.

## CRISIS SUPRARRENAL

La crisis suprarrenal o crisis de Addison es una situación de vida o muerte que requiere un tratamiento de emergencia. Se produce cuando una persona que padece insuficiencia suprarrenal, o que es corticodependiente, se enfrenta a un estrés mayor del habitual y su organismo se ve incapaz de cubrir las necesidades extra de



esteroides que necesita para afrontarlo. Se trata de una condición de vida o muerte que requiere un tratamiento médico de inmediato.

Algunas situaciones requieren la administración de una inyección de emergencia de hidrocortisona para evitar una crisis suprarrenal (administrada por vía intravenosa o por vía intramuscular).

### **Situaciones por las que puede manifestarse una crisis adrenal o crisis de Addison:**

- Por no seguir un tratamiento de reemplazo adecuado.
- Por no tomar o recibir la dosis extra necesaria ante un estrés mayor.
- Por disminuir la cantidad de la dosis extra de forma repentina, es decir, por no reducirla gradualmente.



- Por interrumpir el tratamiento bruscamente
- O sin una causa aparente.

## **SE RECOMIENDA SI TIENES LA ENFERMEDAD DE ADDISON...**

Toma la hidrocortisona **TODOS LOS DÍAS** a la misma hora, sin saltarte ninguna dosis.

**Aprende a manejar las situaciones de estrés** para saber, de antemano, lo que tendrías que hacer en cada situación.

Lleva contigo una **tarjeta de emergencia para crisis suprarrenal**

Puedes descargar esta tarjeta, de forma gratuita en nuestra web (en varios idiomas).

¿Dónde descargar la tarjeta?  
[\*\*DESCARGA LA TARJETA EN ESTE ENLACE\*\*](#)

Debes disponer de varios **viales de la inyección de emergencia de un glucocorticoide para crisis suprarrenal** por vía intramuscular (de preferencia ACTOCORTINA).

Aprende a administrarla. Pide a tu médico de familia un

pase para que el ATS de tu centro de salud pueda explicarte cómo hacerlo.

Ten a mano los vídeos explicativos de Adisen sobre cómo administrarse la inyección de emergencias del glucocorticoide en caso de crisis suprarrenal disponibles en [nuestro canal en YouTube](#).

**Es importante que tu pareja (cuidador, familiar, amigo, etc.) y tú, aprendáis a administrar la inyección de emergencia de hidrocortisona. No hay que olvidar que podrías estar demasiado débil o confuso/a para hacerlo tú mismo. Pídele a tu médico de cabecera que te indique quién os puede enseñar (probablemente un enfermero o enfermera).**

**Aunque te hayan enseñado cómo hacerlo, siempre es recomendable refrescar la memoria, por ejemplo, cada vez que caduque la inyección.**

Por supuesto, **si has utilizado la inyección de emergencias de hidrocortisona, también tendrás que acudir a Urgencias lo antes posible.**

La inyección es un primer paso importante, pero probablemente necesitarás más tratamiento, adecuado a tu estado de salud, y que te administren fluidos, o cualquier otro medicamento, dependiendo de la causa que ha provocado la crisis suprarrenal. La inyección estabiliza tu estado durante un tiempo, pero dependiendo del grado de estrés sufrido, podrías necesitar más.

Recuerda que esta inyección no reemplaza la asistencia médica. Es altamente recomendable que acudas a un especialista. Llama a una ambulancia o acude al Servicio de Urgencias del Hospital más cercano. Es posible que necesites fluidos salinos por vía intravenosa

para estabilizar tu condición, así como permanecer bajo observación médica.

## EN ADISEN DISPONEMOS DE...

Guías informativas para socios/as sobre todo tipo de temas que podrían ser de tu interés.

[Las dosis de estrés.](#)  
[La inyección de emergencias DHEA.](#)  
[Viajar siendo corticodependiente](#)  
[El embarazo en la insuficiencia suprarrenal](#)  
[La dieta](#)  
[Y muchas más.](#)

**[Consulta AQUÍ la relación de guías disponibles en estos momentos.](#)**

Además, contamos con apoyo psicológico, asesoramiento jurídico, y otros servicios para los socios/as.

[Consulta nuestros servicios](#)

## Bibliografía / Referencias

- Servicio Nacional de Información sobre Enfermedades Endocrinas y Metabólicas del Instituto Nacional de Enfermedades del Riñón, Digestivas y Diabetes. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. <http://www.endocrine.niddk.nih.gov/pubs/addison/addison.aspx>
- Wikipedia. "Adrenal Insufficiency". [http://en.wikipedia.org/wiki/Adrenal\\_insufficiency](http://en.wikipedia.org/wiki/Adrenal_insufficiency)
- Chrousos GP. Glucocorticoid therapy. In: Felig P, Frohman L, eds. *Endocrinology and Metabolism*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2001:609–632..
- Munver R, Volfson IA. Adrenal insufficiency: diagnosis and management. *Current Urology Reports*. 2006;7:80-85.
- Nieman LK, Chanco Turner ML. Addison's disease. *Clinics in Dermatology*. 2006;24(4):276-280.
- Stewart PM. The adrenal cortex. In: Larsen P, ed. *Williams Textbook of Endocrinology*. 10th ed. Philadelphia: Saunders; 2003:491-551.
- Ten S, New M, Maclaren N. Clinical Review 130: Addison's disease 2001. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2001;86(7):2909-2922.
- Williams GH, Dluhy RC. Disorders of the adrenal cortex. In: Braunwald E, ed. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2008:2247-2268.
- Eileen K. Corrigan (2007). "Adrenal Insufficiency (Secondary Addison's or Addison's Disease)". NIH Publication No. 90-3054.
- Adrenal Insufficiency at the US National Library of Medicine Medical Subject Headings (MeSH)
- Ten S, New M, Maclaren N (2001). "Clinical review 130: Addison's disease 2001". *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 86 (7): 2909–22. doi:10.1210/jc.86.7.2909. PMID 11443143.
- Ashley B. Grossman, MD (2007). "Addison's Disease". *Adrenal Gland Disorders*.
- Brender E, Lynn C, Glass RM (2005). "JAMA patient page. Adrenal insufficiency". *JAMA* **294** (19): 2528. doi:10.1001/jama.294.19.2528. PMID 16287965. "Dorlands Medical Dictionary:adrenal insufficiency".
- "Secondary Adrenal Insufficiency: Adrenal Disorders: Merck Manual Professional".
- "hypopituitary". 2006.
- <http://www.endotext.org/adrenal/adrenal13/adrenal13.htm>
- Thomas A Wilson, MD (2007). "[Adrenal Insufficiency](#)". *Adrenal Gland Disorders*.
- Henzen C (June 2011). "[Adrenal insufficiency--diagnosis and treatment in clinical practice]". *Ther Umsch* 68 (6): 337–43. 10.1024/0040-5930/a000174. PMID 21656493.
- <http://www.endotext.org/adrenal/adrenal13/adrenal13.htm>
- Stewart PM, Krone NP. The adrenal cortex. In: Kronenberg H, Melmed S, Polonsky K, Larsen PR, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 12th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2011:chap 15.
- Munver R, Volfson IA. Adrenal insufficiency: diagnosis and management. *Current Urology Reports*. 2006;7:80-85.
- *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1992;36(6):545.
- Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ribeirão Preto, SP, Brazil.
- Eisenbarth GS, Gottlieb PA. Autoimmune polyendocrine syndromes. *N Engl J Med*. May 13 2004;350(20):2068-79.
- Alimohammadi M, Bjorklund P, Hallgren A, et al. Autoimmune polyendocrine syndrome type 1 and NALP5, a parathyroid autoantigen. *N Engl J Med*. Mar 6 2008;358(10):1018-28..
- Bhansali A, Kotwal N, Suresh V, et al. Polyglandular autoimmune syndrome type 1 without chronic mucocutaneous candidiasis in a 16 year-old male. *J Pediatr Endocrinol Metab*. Jan 2003;16(1):103-5.
- Betterle C, Greggio NA, Volpato M. Clinical review 93: autoimmune polyglandular syndrome type 1. *J Clin Endocrinol Metab*. Apr 1998;83(4):1049-55.
- Eisenbarth GS, Gottlieb PA. The immunoendocrinopathy syndromes. In: Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, et al, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: Saunders; Nieman LK. Causes of primary adrenal insufficiency (Addison's disease). [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Available at <http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=adrenal/7188&view>. Accessed May, 10, 2006.
- Beers MH, Berkow R, eds. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 17<sup>th</sup> ed. Whitehouse Station, NJ: Merck; 1999:119-20.
- [abc](#)Eileen K. Corrigan (2007). "[Adrenal Insufficiency \(Secondary Addison's or Addison's Disease\)](#)". NIH Publication No. 90-3054.
- [Adrenal Insufficiency](#) at the US National Library of Medicine [Medical Subject Headings](#) (MeSH)
- Toonkel R, Levine M, Gardner L. Erythropoietin-deficient anemia associated with autoimmune polyglandular syndrome type I. *Am J Hematol*. Feb 2004;75(2):84-8.
- Ten S, New M, Maclaren N (2001). "[Clinical review 130: Addison's disease 2001](#)". *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 86 (7): 2909–22. doi:10.1210/jc.86.7.2909. PMID 11443143.
- [abcdef](#)Ashley B. Grossman, MD (2007). "[Addison's Disease](#)". *Adrenal Gland Disorders*

- Brender E, Lynn C, Glass RM (2005). "[JAMA patient page. Adrenal insufficiency](#)". JAMA294 (19): 2528. [doi:10.1001/jama.294.19.2528](#). [PMID 16287965](#). □ ^"[Dorlands Medical Dictionary:adrenal insufficiency](#)".
- "[Secondary Adrenal Insufficiency: Adrenal Disorders: Merck Manual Professional](#)".
- "[hypopituitary](#)". 2006.
- <http://www.endotext.org/adrenal/adrenal13/adrenal13.htm>
- [abc](#) Table 20-7 in: Mitchell, Richard Sheppard; Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson. *Robbins Basic Pathology*. Philadelphia: Saunders. [ISBN 1-4160-2973-7](#). 8th edition.
- Thomas A Wilson, MD (2007). "[Adrenal Insufficiency](#)". *Adrenal Gland Disorders*.
- Thomas A Wilson, MD (1999). [Adrenoleukodystrophy](#).
- Henzen C (June 2011). "[Adrenal insufficiency--diagnosis and treatment in clinical practice]". *Ther Umsch* 68 (6): 337–43. [doi:10.1024/0040-5930/a000174](#). [PMID 21656493](#).
- <http://www.endotext.org/adrenal/adrenal13/adrenal13.htm>
- Francine ratnerkaufman, M.D.Head, Division of Endocrinology and Metabolism, Childrens Hospital Los Angeles,Professor of Pediatrics, USC School of Medicine. Neal Kaufman, M.D., m.p.h, Director, Division of Academic Primary Care Pediatrics,Chairholder, Guess?/Fashion Industries Guild Chair in Community Child Health, Cedars-Sinai Medical Center;Professor of Pediatrics and Public Health, UCLA Schools of Medicine and Public Health, Mark Borchert, m.d.Associate Professor of Clinical Ophthalmology & Neurology, USC School of Medicine. Children's Hospital Los Angeles

# AVISO IMPORTANTE

*Te recordamos que no somos médicos y que, por lo tanto, nuestros comentarios no pueden sustituir la opinión de un especialista, profesional de la salud. No obstante, podemos ayudarte facilitando cierta orientación, y lo hacemos siempre con nuestra mejor intención, basándonos en nuestra amplia y extensa experiencia en estas enfermedades, el aprendizaje y estudio personal, la experiencia de otros muchos afectados, la opinión recopilada de especialistas tanto de España como de otros países a través de distintos medios...*

*La información contenida en esta guía está destinada exclusivamente para fines de educación general, y no pretende ser un sustituto de consejo médico profesional relativo a cualquier condición médica específica o pregunta. Siempre se debe buscar el consejo de un médico o de cualquier otro profesional de la salud para cualquier pregunta relacionada con alguna condición médica. Los diagnósticos y terapias específicas solo pueden ser obtenidos por el médico del lector. Cualquier uso de la información contenida en este libro es a discreción del lector. El autor y el editor niegan específicamente cualquier responsabilidad y toda responsabilidad que se derive directa o indirectamente por el uso o aplicación de cualquier información contenida en esta guía.*

*Por favor, ten en cuenta que gran parte de la información de esta guía está basada en la experiencia y estudio personal, y en la consulta de bibliografía. Es una guía escrita por pacientes, para pacientes. Aunque el autor y el editor han realizado todos los esfuerzos razonables para lograr una precisión total del contenido, no asumen responsabilidad alguna por errores u omisiones. Si optaras por utilizar cualquiera de esta información, úsala de acuerdo a tu mejor criterio, y bajo tu propio riesgo.*

*Debido a que tu situación personal no coincidirá exactamente con los ejemplos en los que se basa esta información, debes ajustar el uso de esta información y las recomendaciones vertidas con objeto de adaptarlas a tu propia situación personal.*

*Esta guía no recomienda ni apoya ninguna prueba, productos, procedimientos, opiniones, u otra información que pueda ser mencionada en cualquier parte de la guía.*

*Esta información se proporciona con fines educativos, y la dependencia de las pruebas, productos, u opiniones mencionadas en la guía es exclusivamente por cuenta y riesgo del lector.*

*Todas las marcas, patentes, nombres de productos o características nombradas se suponen son propiedad de sus respectivos dueños, y se utilizan solo como referencia. No existe respaldo implícito cuando se utilizan estos términos en esta guía.*

*La información facilitada a través de esta guía informativa es sin ánimo de lucro, con la única finalidad de difundir información y conocimientos sobre estos temas. No pretende sustituir a tu médico. Si tienes alguna duda con respecto a tu tratamiento, enfermedad, efectos secundarios, etc., recuerda que siempre debes consultar y seguir las indicaciones de tu médico de familia o especialista.*



# **GUÍA INFORMATIVA *PÚBLICA***

**GP0014**

**La enfermedad de Addison**