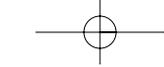


# Ayudando a dejar de fumar

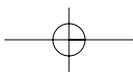
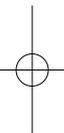
Una guía para el dentista



Miriam Rodríguez Castro  
F. Javier Ayesta Ayesta  
Magdalena Azabal Arroyo  
Francisco Rodríguez Lozano



*Nuestro más sincero agradecimiento a  
Don Juan Manuel Seoane Lestón,  
que ha contribuido con sus fotografías  
a la ilustración de esta publicación.*





© Edita: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España  
C/ Alcalá, 79, 2º - 28009 Madrid  
Teléfono: 91 426 44 10  
[www.consejodentistas.es](http://www.consejodentistas.es)

ISBN: 978-84-613-9595-8  
Depósito Legal: M-14868-2010

Maquetación: JALMA, S. L.  
Imprime: TPG

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso del autor y editor.

# **AYUDANDO A DEJAR DE FUMAR**

## **UNA GUÍA PARA EL DENTISTA**

### **Autores:**

Miriam Rodríguez Castro, Vigo  
F. Javier Ayesta Ayesta, Santander  
Magdalena Azabal Arroyo, Madrid  
Francisco Rodríguez Lozano, Tenerife

**2010**

Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos  
y Estomatólogos de España

## IDEAS PRINCIPALES DE LA GUÍA

1) Los dentistas –los profesionales sanitarios, en general– abordan el consumo de tabaco de sus pacientes fundamentalmente porque éste es un factor de riesgo para la salud.

2) Fumar es primariamente una conducta que en una gran parte de los casos presenta unos fuertes componentes adictivos.

3) Existen intervenciones eficaces para abordar el consumo y la dependencia de las personas que fuman. En una gran parte de los casos, estas intervenciones son sencillas y no requieren mucho tiempo.

4) El abordaje adecuado de un trastorno adictivo implica intentar prevenir los consumos puntuales, para lo cual es imprescindible conocer qué estímulos tienden a desencadenar los deseos intensos de fumar y qué aporta la conducta de fumar. Para ello, es muy útil analizar los intentos previos de cesación.

5) Existen diversas herramientas farmacológicas útiles en el abordaje del consumo de tabaco con capacidad de aumentar –al menos, doblar– las tasas de cesación que se obtienen a largo plazo (que es como se miden los resultados en adicciones).

# Índice

<b>Prólogo</b> .....	6
<b>Presentación</b> .....	7
<b>1. Por qué es importante que abordemos el consumo de tabaco de nuestros pacientes</b> .....	9
<b>2. Consumo de tabaco y patología odonto-estomatológica</b> .....	13
<b>3. Lo que todo dentista debería hacer</b> .....	19
<b>4. Cómo ayudar además a nuestros pacientes</b> .....	23
<b>5. Preguntas y comentarios frecuentes en la consulta</b> .....	35
<b>Anexos</b> .....	41
Anexo 1. Razones o beneficios para dejar de fumar .....	41
Anexo 2. Lo que ocurre tras el último cigarrillo .....	42
Anexo 3. Pautas para los primeros días sin fumar .....	43
Anexo 4. Qué hacer cuando tenga ganas de fumar .....	44
Anexo 5. Recomendaciones para afrontar algunos síntomas que se pueden presentar el dejar de fumar .....	45
Anexo 6. Qué hacer ante un consumo puntual .....	46
Anexo 7. Algunas estrategias para ayudar a controlar el peso .....	47
Anexo 8. ¿Por qué fumamos los humanos? .....	48
Anexo 9. ¿Qué puede aportar la conducta de fumar? .....	51
Anexo 10. ¿Son adictos todos los que fuman? .....	53
Anexo 11. ¿Es la nicotina más adictiva que la heroína? .....	54
Anexo 12. Enfermedades asociadas con el consumo de tabaco .....	55
Anexo 13. Tabaco, salud reproductiva y gestación .....	56
Anexo 14. Efectos de la exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco .....	58
Anexo 15. Los receptores nicotínicos .....	59
Anexo 16. Principios farmacocinéticos en adicciones .....	61
Anexo 17. Tabaco y diferencia entre sexos .....	62
Anexo 18. Listado de direcciones útiles .....	64
<b>Bibliografía</b> .....	65



## PRÓLOGO

El tabaquismo constituye una prioridad de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que la epidemia de tabaquismo causó 100 millones de defunciones en el siglo XX. El consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el mundo. De mantenerse los patrones actuales de consumo de tabaco, se prevé que en el año 2030 esta cifra podría llegar a 8 millones anuales.

En España aproximadamente unas 50.000 personas mueren prematuramente cada año debido a las enfermedades provocadas por el consumo de tabaco. Aunque se aprecia una tendencia decreciente en los últimos años, la mortalidad atribuible al tabaco en nuestro país sigue siendo muy elevada. De hecho, uno de cada seis fallecimientos es a causa de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Además no podemos olvidar que el humo del tabaco es también un riesgo para la salud de las personas que lo inhalan involuntariamente. De hecho, se estima que el número de muertes anuales atribuibles a la exposición al humo ambiental de tabaco podría alcanzar las 3.000. Por ello es también una prioridad la protección de la salud de la población y el derecho a respirar un aire libre de humo.

El consumo de tabaco en nuestro país viene descendiendo desde finales de los ochenta. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud la prevalencia de fumadores de la población adulta española ha pasado de 38,4% en 1987 a 29,5% en 2006. Este descenso se ha producido, en parte, gracias a las acciones y planes específicos de prevención del tabaquismo que se han puesto en marcha en los últimos años.

Cada vez son más los fumadores que quieren dejar de fumar, pero les resulta difícil abandonar su hábito, por lo que necesitan ayuda para superar su dependencia. Dada la asociación entre el consumo de tabaco y la salud bucodental y teniendo en cuenta las visitas periódicas al dentista por parte de los fumadores, la consulta de odontología representa un lugar idóneo para realizar intervenciones antitabaco, situando al profesional de odontología en un papel protagonista en el tratamiento de la deshabituación tabáquica.

Para llevar a cabo esta importante tarea son necesarios materiales de apoyo, como el que aquí se presenta, que permitan a los profesionales tener la información y las herramientas necesarias para abordar el problema de consumo de tabaco de sus pacientes e incluirlo en su práctica diaria. Es importante destacar que incluso intervenciones breves y sencillas, como por ejemplo aconsejar el abandono del tabaco, realizadas de manera sistemática, se consideran medidas esenciales y efectivas de salud pública.

Desde el Ministerio de Sanidad y Política Social queremos felicitar al Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España por la elaboración de esta *Guía*, y animar a todos los Profesionales de la Odontología a contribuir en el difícil cometido de ayudar a los fumadores para que logren dejar de fumar.

*Trinidad Jiménez*

Ministra de Sanidad y Política Social

## PRESENTACIÓN



Por nuestra capacitación profesional, a los dentistas nos preocupa la salud buco-dental de nuestros pacientes y todo lo relacionado con ésta. A la par, como profesionales sanitarios que somos, nos preocupamos de aquellos factores relacionados con su salud que puedan generar mortalidad prematura o deteriorar su calidad de vida.

Las dos principales razones por las que abordar el consumo de tabaco de nuestros pacientes es competencia profesional nuestra, son:

a) su salud buco-dental, ya que parte de sus problemas bucales, dentales y periodontales derivan o se relacionan con su consumo de tabaco, siendo éste además un factor que empeora el pronóstico de algunas de nuestras intervenciones; y

b) su salud general, porque el consumo de tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedad que presentan gran parte de nuestros pacientes. Como decía Robert Mecklenburg, ayudar a alguien a dejar de fumar posiblemente sea lo mejor que puedes hacer por él en la consulta dental.

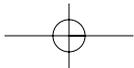
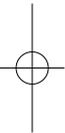
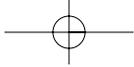
Además de ser nuestra competencia, las intervenciones sobre el consumo de tabaco en nuestros pacientes se caracterizan por ser sencillas y eficaces.

Manejar un trastorno adictivo puede ser complicado y requerir derivación a otros profesionales sanitarios; sin embargo, para una gran parte de las personas que tratamos pueden ser muy útiles intervenciones breves, que no requieren una gran especialización, aunque sí un mínimo de capacitación.

Muchos pacientes están preparados para realizar un intento serio por dejar de fumar y sólo necesitan por nuestra parte una breve intervención profesional que les muestre la oportunidad y la conveniencia de hacerlo y, en su caso, una serie de indicaciones y ayudas prácticas que les faciliten conseguir una abstinencia mantenida.

Es parte de nuestra tarea, podemos hacerlo y la mayoría de nuestros pacientes nos lo agradecerán. La presente Guía, que el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España pone en manos de sus colegiados, pretende facilitar a los profesionales dentistas la capacitación en esta área, en la que apenas fuimos formados en las Facultades de Odontología, y que sin embargo es cada vez más importante en nuestra práctica clínica.

*Manuel Alfonso Villa Vigil*  
Presidente del Consejo General de  
Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España



# 1. POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE ABORDEMOS EL CONSUMO DE TABACO DE NUESTROS PACIENTES

En nuestras consultas, desde el momento en que hacemos una exploración básica al paciente, sabemos si fuma o no. Como profesionales sanitarios, tenemos una responsabilidad respecto a los pacientes fumadores, que incluye, por supuesto, el tratamiento de las lesiones producidas por el tabaco, pero también aquellas intervenciones encaminadas a prevenir las lesiones que muy posiblemente aparecerán si nuestros pacientes continúan fumando.

¿Por qué los profesionales sanitarios debemos abordar el consumo de tabaco de nuestros pacientes? Dos razones fundamentales lo justifican:

1) *El consumo de tabaco es un factor de riesgo para la salud* (los pacientes acuden a nosotros porque les preocupa su salud).

2) Es, además, *un factor de riesgo evitable*, sobre el que podemos intervenir eficazmente.

Precisamente por ser un factor de riesgo para la salud, cuando los profesionales sanitarios intervenimos no juzgamos a nuestros pacientes ni nos *entrometemos en su vida*: ellos acuden a nosotros porque les preocupa su salud –somos una de sus referencias claves respecto al tema–, y una parte de nuestra misión profesional es ayudarles a que perciban adecuadamente los riesgos que corren y ayudarlos a eliminarlos si así lo deciden. Es lo que hacemos con otros factores de riesgo como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad, la falta de higiene buco-dentaria o el sedentarismo, por ejemplo.

A pesar de algunas creencias, en la mayor parte de los pacientes las intervenciones no son excesivamente complicadas ni requieren mucho tiempo, consiguiéndose aumentos significativos en la tasas de cesación a largo plazo.

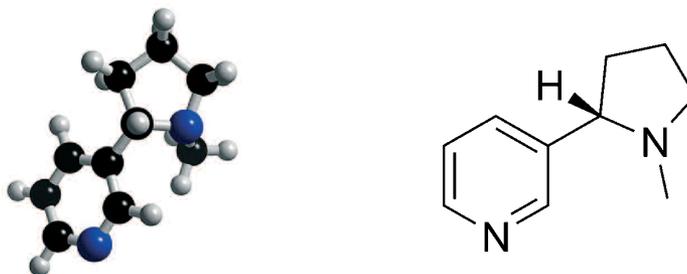
Consumir tabaco, especialmente por vía inhalatoria (fumarlo), presenta *una alta toxicidad y una alta adicción*. *Si fumar no fuera tóxico o lo fuera muy poco, sería irrelevante que fuera adictivo o no, o que estuviera muy difundido. Si fumar no fuera tan adictivo, sería relativamente irrelevante que fuera tóxico*: ambas características, toxicidad y adicción, unidas a su difusión y a que los profesionales

sanitarios podemos intervenir sobre el consumo, convierten al hecho de fumar en un problema de salud pública.

La nicotina (figura 1) es el principal ingrediente psicoactivo que busca quien consume tabaco: los cigarrillos y demás preparados de tabaco pueden ser considerados como *instrumentos* para administrar nicotina. Por ello, los términos *dependencia del tabaco* (CIE-10, Guía Americana) y *dependencia de la nicotina* (DSM-IV) suelen utilizarse indistintamente.

**Figura 1**

*Estructura molecular de la nicotina.*



No todas las personas que fuman llegan a desarrollar dependencia; por eso hay quien logra dejar de fumar al primer intento, aunque lo más frecuente es que se consiga la cesación tras varios intentos y varias recaídas (vueltas a los niveles previos de consumo).

Nuestra **primera tarea** como profesionales sanitarios es **ayudar a nuestros pacientes a comprender el riesgo** que para su salud supone el consumo de tabaco y **lograr que se planteen la necesidad de abandonarlo** si es que realmente les preocupa su salud

Las **intervenciones breves** ofrecidas por los profesionales sanitarios –sencillas de aprender y practicar– han demostrado ser altamente efectivas para ayudar a muchas personas a dejar de fumar, aún cuando lleven muchos años fumando e incluso aunque hayan desarrollado patología asociada al consumo.

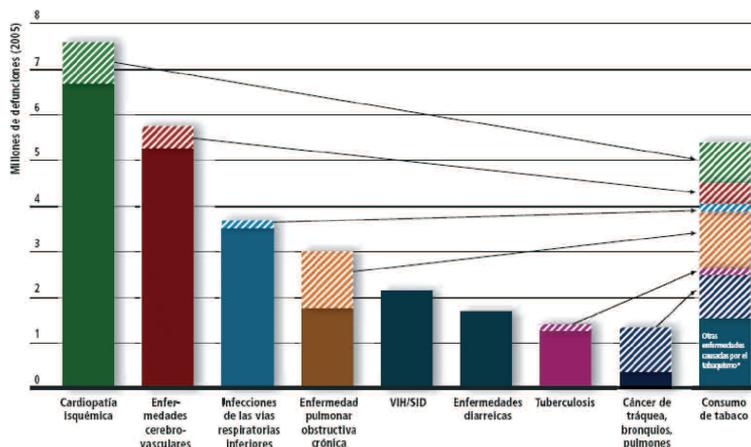
Nuestra **segunda tarea** es **facilitar el proceso para dejar de fumar**.

Esto requiere **profundizar en los diversos componentes que pueden llevar a la adicción al tabaco**: *a)* descubrir los estímulos asociados a su consumo y ayudarle a enfrentarse a ellos; *b)* analizar y aumentar la motivación que tiene el paciente para dejar de fumar; *c)* realizar un estudio en profundidad de las posibles recaídas que haya tenido; *d)* emplear los fármacos o estrategias que aumenten las tasas de cesación a largo plazo. Aún así, algunos pacientes necesitarán ser derivados a profesionales con una mayor experiencia en el manejo del tabaquismo u otros trastornos adictivos en general.

El consumo de tabaco es la principal causa aislada de morbi-mortalidad en los países desarrollados; se estima que actualmente es responsable de más de 5 millones de muertes anuales (figura 2). Entre los diversos productos del tabaco, los cigarrillos son los más tóxicos y adictivos.

**Figura 2**

*Principales causas de mortalidad en el mundo. En rayado se muestran las muertes atribuidas al tabaco (OMS, 2008).*



A los dentistas nos debe preocupar especialmente el consumo de tabaco, no sólo porque afecta de manera directa a la salud buco-dental de los pacientes, sino que además es un factor que empeora el pronóstico de muchos de nuestros tratamientos, como veremos en el siguiente capítulo.

**Riesgo de mortalidad.** El exceso de mortalidad del tabaco se correlaciona con el número de cigarrillos, los años de consumo y la profundidad de la inhalación. La esperanza de vida de un fumador adulto es 10 años menor que la de alguien en sus mismas circunstancias que no fume. Aunque la dosis es directamente proporcional al riesgo, incluso los consumos bajos (un cigarrillo al día, por ejemplo) presentan un exceso de mortalidad, cardiovascular sobre todo.

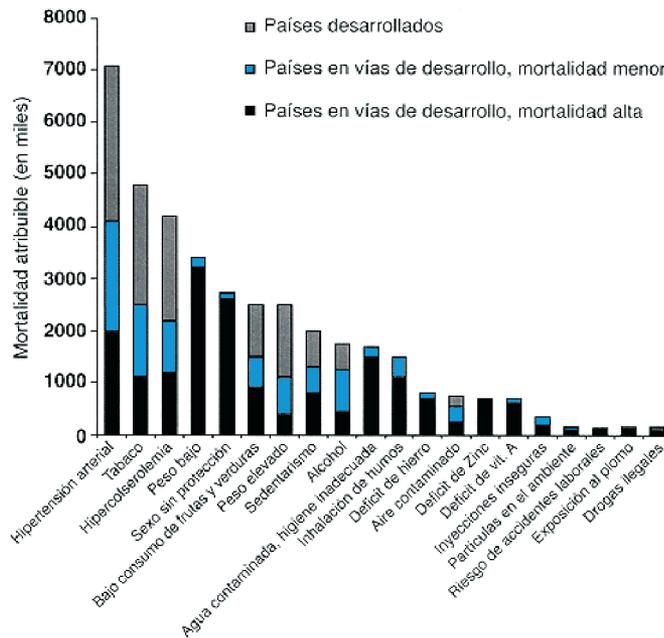
Si no abandonan su consumo, uno de cada dos fumadores morirá prematuramente a causa de enfermedades ocasionadas por el tabaco. Dejar de fumar disminuye este riesgo ya desde los primeros días; 10 años después del cese, la esperanza de vida de ex fumadores y de no fumadores es prácticamente similar.

**Mortalidad prematura.** Que alguien muera más allá de los 80 años por una enfermedad derivada de su consumo de tabaco (figura 3) probablemente no sea algo especialmente significativo. En cambio, sí es problemático que alrededor del 40% de las muertes ocasionadas por el tabaco ocurran entre los 35 y los 65 años.

Este truncamiento de la vida en plena madurez, en plena edad productiva, es probablemente la consecuencia más trágica del tabaquismo.

**Figura 3**

*Mortalidad atribuible a los diversos factores de riesgo de enfermedad según el nivel de desarrollo de los países (Ezzati y col. 2002).*



**Morbilidad.** Aunque muchas de las muertes son súbitas, esto no es lo más frecuente; actualmente están ya enfermos la mayoría de quienes, por esta causa, van a morir a lo largo de este año (y muchos que lo harán en los próximos). No sólo se pierden años de vida, sino que el consumo de tabaco disminuye las expectativas de calidad de vida. Este deterioro en la calidad de vida es uno de los efectos más perniciosos y menos comentados del tabaco. Los anexos 12 y 13 recogen las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

**El tabaquismo pasivo.** En la actualidad está probado, sin ninguna duda, que la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco ocasiona muerte prematura y enfermedad tanto en niños como en adultos (ver anexo 14). Aunque la mortalidad absoluta que produce el tabaquismo pasivo es inferior a la derivada del consumo activo de tabaco –entre un 5-10% del total de muertes ocasionadas por el tabaco– su mayor importancia socio-sanitaria reside en que afecta a terceras personas y que es fácilmente evitable.

## 2. CONSUMO DE TABACO Y PATOLOGÍA ODONTO-ESTOMATOLÓGICA

El tabaco penetra en el cuerpo humano a través de la boca, por lo que allí se presentan algunas de las primeras manifestaciones negativas del mismo, que pueden ir desde pequeños cambios estéticos a cánceres mortales. Las patologías que se observan y su frecuencia varían según qué, cuánto y cómo se consume el tabaco: varían entre los diversos tabacos mascados y dentro de los inhalados, varían entre cigarrillos, puros y pipas.

Entre las lesiones y problemas originados por el consumo de tabaco se encuentran las enfermedades periodontales, los fracasos de implantes dentales y las enfermedades de la mucosa oral, entre otras.

### A) ENFERMEDADES PERIODONTALES

Es clara la relación entre consumo de tabaco y presencia de enfermedades periodontales, especialmente la periodontitis necrotizante (antiguamente llamada gingivitis úlcero-necrotizante o GUNA). El tabaco de mascar produce también una recesión gingival local en el lugar de contacto.

**Periodontitis.** La incidencia y la severidad de la periodontitis son mayores en quienes fuman. Los fumadores presentan bolsas periodontales más profundas, pérdida más severa del hueso de soporte y un mayor número de dientes con problemas de la furca (figuras 4 y 5).

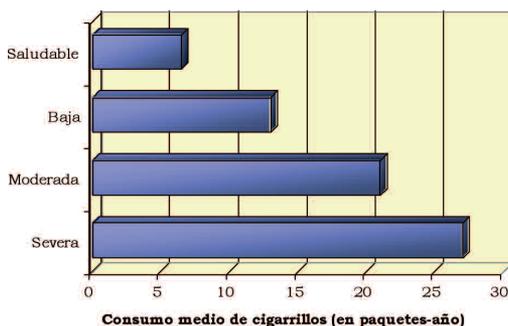
**Figura 4**

*Periodontitis del fumador.*



**Figura 5**

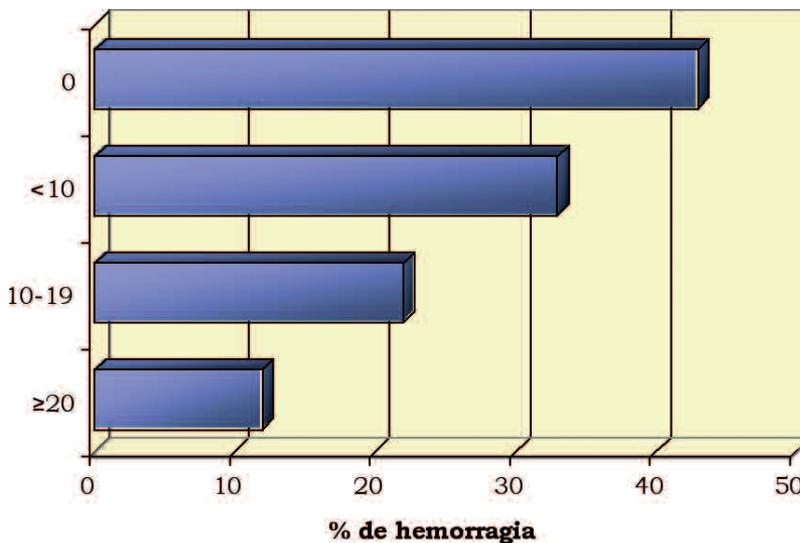
*Relación entre pérdida ósea alveolar y consumo de cigarrillos.*



**Gingivitis.** El consumo de tabaco da lugar a gingivitis, pero ésta presenta menores síntomas clínicos, lo que dificulta y retrasa su diagnóstico y empeora el pronóstico. A igual nivel de placa, quienes fuman presentan menor inflamación y hemorragia gingivales (figura 6); esto se relaciona con la vasoconstricción inducida por la nicotina.

**Figura 6**

*Predisposición a la hemorragia gingival según el consumo de tabaco.*



**Peridontitis necrotizante (antiguamente GUNA).** Aunque es un trastorno de etiología compleja, su asociación con el consumo de tabaco está fuera de toda duda; de hecho, el tabaco casi siempre está presente en todos los casos. Clínicamente se caracteriza por necrosis de la papila interdental, sangrado espontáneo, dolor y gran halitosis. Puede extenderse lateral y apicalmente, por sucesivas recidivas, y transformarse en una periodontitis úlcero-necrotizante aguda con destrucción del soporte óseo dental.

**Respuesta al tratamiento periodontal.** En los tratamientos de periodoncia, el consumo de tabaco contribuye a retrasar la curación de las lesiones y a aumentar la frecuencia de complicaciones postoperatorias. Fumar incide de forma adversa en los resultados de distintos tipos de tratamiento periodontal: los resultados de cirugías y otros tratamientos son generalmente peores en pacientes fumadores, así como en las intervenciones de regeneración tisular guiada, donde se han publicado peores resultados que en pacientes que no fuman.

Quienes fuman también presentan una mayor frecuencia de periodontitis refractarias, que son las que después de la terapia no responden y presentan una progresión continuada de la enfermedad.

La cesación tabáquica puede ralentizar o detener el avance de las enfermedades periodontales y mejorar los resultados del tratamiento periodontal.

## **B) IMPLANTES DENTALES**

***Tabaco y fallos de los implantes.*** Actualmente no hay duda de que el tabaco influye negativamente en el éxito inicial y a largo plazo de los implantes dentales. El uso de implantes osteointegrados de titanio para solucionar las pérdidas dentarias ofrece habitualmente muy buenos resultados, pero entre los factores de riesgo de pérdida de implantes destaca el consumo de tabaco, que aumenta 3-4 veces el riesgo.

También están descritos en fumadores un mayor índice de hemorragia, periimplantitis profunda y pérdida ósea mesial y distal radiográficamente evidentes, lo que explicaría que las tasas de fallo de implantes ya integrados en fumadores aumenten con el tiempo. *El abandono del consumo de tabaco* parece relacionarse con un mejor pronóstico de los implantes. Esto se ha observado incluso cuando el abandono se limitaba a la semana previa a la intervención y a las ocho semanas siguientes.

***Implicaciones terapéuticas.*** El paciente debe ser claramente informado de los riesgos de fracaso en la colocación de implantes. Como parece razonable que no se coloquen implantes si la tasa prevista de éxito no es superior al 80%, no parece aconsejable la colocación de implantes de 10 mm o menos en maxilar superior en quienes fuman. En algunos países con mayor tradición de reclamaciones sanitarias los dentistas son reacios a colocar implantes dentales en fumadores. En cualquier caso, en los pacientes fumadores realmente interesados en una rehabilitación con implantes dentales el profesional debería animar a estos pacientes a dejar de fumar o, al menos, a seguir un protocolo temporal de abstinencia.

## **C) ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL**

Quien fuma puede presentar diversas alteraciones en la mucosa oral, que van desde la leucoplasia hasta el cáncer oral. La presencia de lesiones leves o de escasa trascendencia ofrece la oportunidad de plantear al paciente los riesgos del tabaco y la conveniencia de dejar de fumar.

**Cáncer oral.** En Europa, el 2% de todos los cánceres se encuentran en la boca (figura 7). La mayoría son carcinomas de células escamosas desarrollados en la mucosa epitelial. El cáncer oral afecta principalmente a las personas de mediana edad y ancianos. Aunque está aumentando su incidencia en mujeres, sigue siendo más común en varones.

Quienes fuman presentan 4 veces más riesgo de padecerlo que quienes nunca han fumado. El consumo de alcohol, cancerígeno por la irritación que produce en las mucosas, es también el principal potenciador del riesgo de cáncer de tabaco, triplicándolo por aumentar la permeabilidad de las mucosas orales a sus productos tóxicos (figura 8).

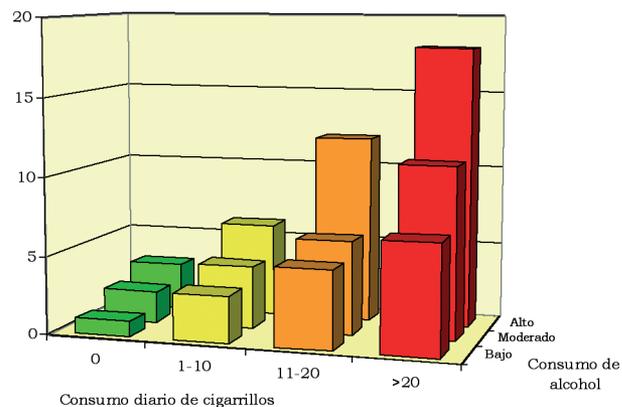
**Figura 7**

*Carcinoma del suelo de la boca de un fumador.*



**Figura 8**

*Riesgo de cáncer bucal en varones según consumo de tabaco y de alcohol.*



El riesgo de cáncer oral es especialmente alto con algunos tipos de tabacos de mascar (como los consumidos en India, Sudán y algunas zonas EE.UU.) y con el denominado *fumar inverso* o “*candela pa dentro*” (característico de algunas regiones de la India y de Sudamérica), pero también es producido por cigarrillos, puros y pipas. El riesgo, aun siendo tiempo y consumo-dependiente, no es predecible, ni aun en presencia de lesiones premalignas. Las células epiteliales de las membranas mucosas de la boca sufren un efecto cancerígeno directo del humo del tabaco. Tras un período de entre 5 y 10 años de abstinencia, desaparece el mayor riesgo de desarrollo de cáncer oral en los ex fumadores.

**Lesiones precancerosas.** La *leucoplasia* (figura 9a) es la lesión potencialmente maligna más frecuente en las membranas mucosas de la boca. Es más frecuente su aparición a partir de los 50 años de edad, siendo muy variable su distribución por sexos, su prevalencia (del 0,2% al 4,9%) y sus cifras de transformación maligna (figura 9b) que llega en algunas series hasta el 20%. Estas variaciones pueden explicarse por diferencias en los muestreos.

### Figura 9

- a) *Leucoplasia de las comisuras de un fumador (izq.);*  
b) *transformación maligna de una leucoplasia de la lengua en un fumador.*

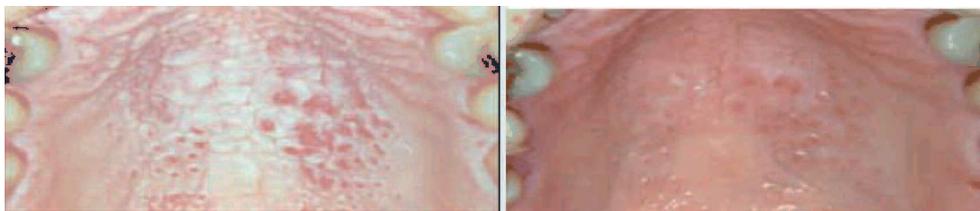


La leucoplasia se da seis veces más entre los fumadores que entre los que no fuman. En la incidencia de leucoplasia existe una relación dosis-respuesta con el uso del tabaco. Reducir o abandonar el consumo del tabaco puede llevar a la regresión o desaparición de esta lesión.

**Paladar del fumador.** En los grandes fumadores, especialmente en quienes fuman en pipa, se presentan con frecuencia lesiones blancas en el paladar duro, a menudo combinadas con lesiones rojas, localizadas en la zona central en forma de pequeños nódulos elevados (figura 10a). Este cuadro, denominado *paladar del fumador*, es asintomático y desaparece poco después del abandono del consumo (figura 10b); no es premaligno. Sin embargo, sí lo es la queratosis palatina que puede aparecer al dejar de fumar y sobre la que hay que estar muy pendiente.

### Figura 10

- a) *Paladar del fumador en un fumador de pipa (izq.);*  
b) *el mismo paciente dos meses después de dejar de fumar (dcha.).*



**Melanosis del fumador.** En la raza negra la mucosa oral se pigmenta por melanina con frecuencia; en otras razas, esto es mucho menos intenso y común (alrededor del 10% en los países nórdicos). Sin embargo, en grandes fumadores se presenta aproximadamente en un 30%, por lo que se la conoce como *melanosis del fumador*, siendo más frecuente en la encía adherida (figura 11). No da sintomatología, no es una lesión premaligna y es reversible, aunque suele tardar un año o más en desaparecer tras dejar de fumar.

**Figura 11**  
*Melanosis del fumador.*



#### D) OTROS PROBLEMAS

**Estéticos.** Quien fuma presenta teñidos los dientes, las restauraciones de los mismos y las prótesis en mayor medida que en los consumidores de café o té. Se observan más arrugas en la cara. En quienes fuman es también mucho más frecuente la presencia de halitosis (mal aliento), que suele revertir con la cesación.

**Olfato y gusto.** Quienes fuman tienen disminuida su capacidad de distinguir olores y sabores. Esta capacidad olfativa se va recuperando paulatinamente tras la cesación tabáquica. El sentido del gusto también se afecta, particularmente para la sal, siendo necesarios umbrales hasta 12 veces más altos para identificar un alimento como salado.

**Cicatrización de heridas.** Diversos estudios muestran cómo el consumo de tabaco se relaciona con retrasos en la cicatrización de las heridas, que se debe en parte a la vasoconstricción producida por la nicotina y en parte a efectos químicos directos del humo. También está descrito mayor dolor tras extracciones de piezas dentales, así como con una peor capacidad de recuperación del periodonto tras tarrectomías y curetajos.

**Otros trastornos.** Existe una asociación clara entre candidiasis oral y consumo de tabaco. Recientemente se han publicado diversos trabajos que relacionan el tabaquismo con un aumento de la caries dental.

### 3. LO QUE TODO DENTISTA DEBERÍA HACER

La tabla I, extraída de la Guía Americana de 2008, muestra cómo las tasas de abstinencia que se obtienen a largo plazo en cesación tabáquica son, en general, proporcionales a la intensidad de la intervención: cuanto más tiempo se dedique a los pacientes, mayores son éstas.

**TABLA I**

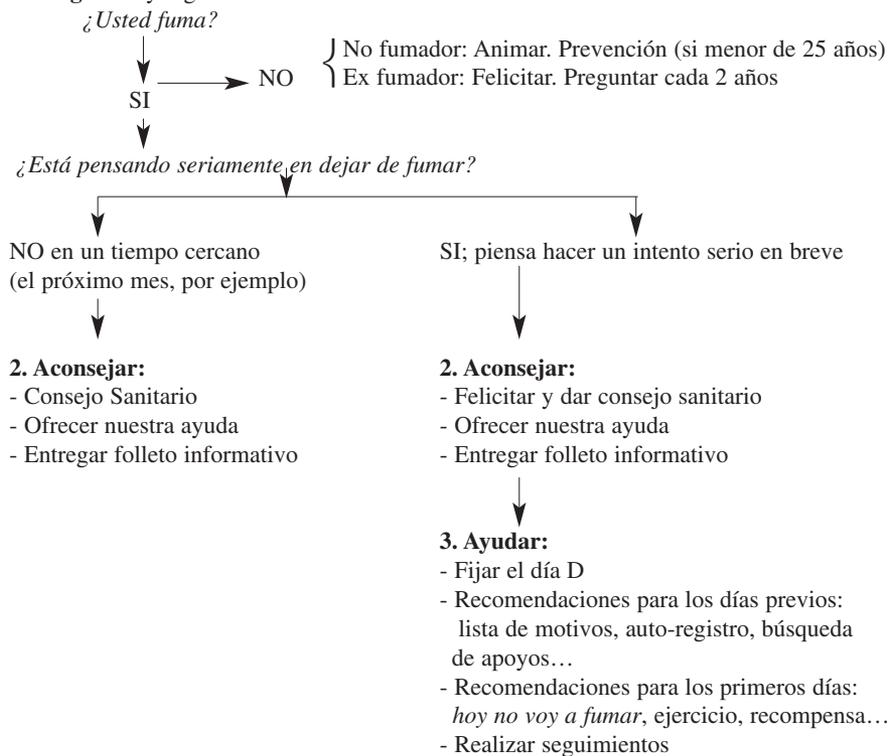
*Metanálisis: eficacia y tasa de abstinencia según niveles de intensidad de contacto (Fiore y col. 2008).*

Niveles de contacto	N.º brazos	Odds ratio estimada (95% I.C.)	Tasa de abstinencia estimada (95% I.C.)
No contacto	30	<b>1.0</b>	10,9
< 3 minutos	19	<b>1,3</b> (1,01 - 1,6)	13,4 (10,9 - 16,1)
3-10	16	<b>1,6</b> (1,2- 2,0)	16,0 (12,8 - 19,2)
> 10 minutos	55	<b>2,3</b> (1,2-2,0)	22,1 (19,4-24,7)

Esto no implica que toda persona que quiere dejar de fumar requiera mucho tiempo: en la tabla se observa que siempre **hay personas que responden a intervenciones breves** (menores de tres minutos). Para que una persona deje de fumar, en ocasiones basta con que se le pregunte en un contexto de salud si fuma; otras veces, basta con un consejo breve; habrá también muchos pacientes que solicitarán ayuda y los que se les aplicará un tratamiento y un seguimiento adecuado; por último, algunos pacientes requerirán bastante más tiempo y habilidades y convendrá que sean derivados a expertos. El primer paso de todo tipo de algoritmos de intervención siempre es preguntar (figura 12), y el segundo, aconsejar.

**Figura 12**

Ejemplo de algoritmo de intervención.

**1. Preguntar** y registrar en la historia**A) PREGUNTAR**

Lo primero que debe conocerse es *si el paciente fuma*. Para ello, conviene preguntarlo **sistemáticamente**, dejando constancia en la historia clínica.

Preguntar acerca del consumo de tabaco en un contexto de salud aumenta las posibilidades de que, aunque no se imparta consejo, se realice un intento de cesación del consumo.

Ante alguien que fuma, lo que realmente interesa saber es si realmente quiere dejarlo. La mejor manera de saberlo es preguntarlo directamente: *¿quiere usted dejar de fumar?* La respuesta a esta cuestión condiciona la actuación terapéutica posterior. Una respuesta negativa debería ir seguida de un consejo de cesación motivador; una respuesta positiva debería seguirse de una propuesta que facilite realizar un plan de cesación. En cualquier caso, muy frecuentemente la respuesta a esta cuestión no es un todo o nada. Por ello, un abordaje adecuado del consumo requiere conocer previamente hasta qué punto el paciente está dispuesto a cambiar la conducta y qué le lleva a ello.

## B) ACONSEJAR

El consejo para dejar de fumar *es el arma más efectiva* para abordar el problema del consumo de tabaco. Aunque carece de la vistosidad de otras intervenciones más especializadas, es la herramienta número uno de la que disponemos los profesionales sanitarios para conseguir que un gran número de personas abandone este factor de riesgo.

Los objetivos principales del consejo sanitario para la cesación son: a) ayudar al paciente a ser consciente del riesgo que corre y que, si realmente le preocupa su salud y la de quienes conviven con él, debería pretender resolverlo (*advertir de los riesgos*); y 2) intentar remover los obstáculos que le pueden impedir actuar (*promover la intención de dejarlo*).

Las características que debe reunir un consejo es que éste sea serio, sencillo, breve y personalizado (relacionarlo con las circunstancias personales y, siempre que se pueda, con el motivo de consulta). También es conveniente que, en lo posible, sea impartido con entusiasmo, humor, originalidad, etc. En realidad, lo único realmente importante es *que llegue*, que sea convincente. Esto no es difícil de conseguir si existe un ambiente de confianza y honestidad profesional en el que se muestra preocupación por los pacientes. Para *llegar* pueden utilizarse cualquiera de las herramientas de comunicación que poseemos los humanos: las palabras (normalmente no son necesarias muchas), las estadísticas, los gestos, las miradas o los silencios.

La tarea de aconsejar conlleva frecuentemente otros aspectos que aumentan mucho su eficacia: 1) entregar un folleto informativo sobre el consumo de tabaco, por qué y cómo dejarlo, para que pueda ser utilizado por el paciente si lo desea; y 2) informarle que puede contar con nuestro apoyo profesional cuando decida resolver su problema (*proporcionar ayuda*).

## 4. CÓMO AYUDAR ADEMÁS A NUESTROS PACIENTES

### A) PROFUNDIZAR EN LA CONDUCTA

La *entrevista clínica* es la principal herramienta diagnóstica y terapéutica de que se dispone para promover el cambio en los pacientes fumadores y para ayudarles a llevarlo a cabo. Es lo más útil para que el paciente conozca los posibles obstáculos que puede encontrarse –y a los que quizá ya se ha enfrentado en otras ocasiones– en su proceso de abandono del tabaco.

En este campo carece de sentido afirmar que *visto un paciente, vistos todos*. Aunque quienes fumen pueden compartir una serie de características comunes, hay radicales diferencias en lo que el consumo aporta a cada persona, en los mecanismos adaptativos desarrollados con el tiempo y en los recursos personales de resistencia y apoyo externo de los que dispongan.

De una manera resumida, puede decirse que, de cara a la cesación, lo más importante es:

1) Descubrir qué pasó en los intentos previos: si se logró la cesación y por cuánto tiempo, cuáles cree que fueron las causas y/o los precipitantes de las recaídas, con qué facilidades o dificultades se encontró, qué cree que debería ser distinto en esta ocasión...

La recaída –parte integrante del proceso de cesación– es una herramienta mediante la que puede adquirirse mayor experiencia sobre estímulos insospechados (o sospechados) que precipitan el consumo, sobre la ausencia de habilidades de abordaje y manejo de situaciones, sobre sus ideas desadaptadas o irracionales al respecto. La presencia de una recaída muestra que estamos ante un trastorno adictivo y señala que: o algo estaba mal planteado y que, para el próximo intento, debe ser cambiado o reorientado; o que había elementos no detectados o no controlados, que para la próxima vez requieren una mayor profundización o control.

Conviene no contentarse con un “*no sé*”, “*me apeteció fumar*” o “*gané cuatro kilos*”. Puede haber razones que el paciente no haya tenido en cuenta, o que no se atreva a reconocer como influyentes, que sean uno de los factores subyacentes importantes de las recaídas. Indagar en esto sirve, además, para profundizar en las

ambivalencias que se manifestaron en el paciente en casos anteriores y que podrían volver a manifestarse en el futuro.

2) Analizar los temores y las expectativas respecto al proceso de cesación, los cuales no siempre se fundan en la realidad.

El conocimiento profundo de las motivaciones para el cambio y de las resistencias frente al mismo, facilita la individualización del tratamiento. Conocer qué mueve, motiva, paraliza o dificulta a cada persona es tanto un saber técnico como un arte.

Aunque en ocasiones los temores pueden derivarse de experiencias previas a las que no supo cómo enfrentarse, más frecuentemente se derivan en experiencias ajenas referidas o filtradas selectivamente o de la falta de definición del obstáculo concreto a enfrentarse. La mera acción puede resolver los problemas.

El campo de las expectativas es más sutil porque no siempre son del todo conscientes y porque pueden manifestarse en fases más avanzadas del proceso de cesación. Conviene indagar en las más frecuentes: *si todo va bien, no debería tener ganas, yo esperaba que en un par de semanas...*, *si tal persona no ha aguantado, ¿cómo voy a hacerlo yo?...*

Es necesario crear en la entrevista un clima de confianza que permita al paciente conocer y reconocer los **estímulos** más importantes que se asocian a **su** consumo de tabaco, así como los beneficios que cree que le aporta. Conviene además, que la persona aprenda a **prever de antemano** cuándo estas situaciones de riesgo se pueden presentar.

Aunque hay algunos tests que pueden ser de utilidad (como el de Russell, por ejemplo), la herramienta más sencilla, barata y eficaz son los **auto-registros**. La realización de auto-registros unos pocos días antes de la cesación es importante porque permite al paciente darse cuenta de que hay cigarrillos más prescindibles o menos *necesarios* que otros, así como a qué circunstancias –antecedentes y consecuentes– se asocia más su consumo. Cuanto más sencillo sea, mayores posibilidades tiene de completarse. Conviene que el registro se haga **justo antes** de que se fume cada cigarrillo. Los datos aportados por una semana de auto-registro suelen ser suficientes para a la cesación (figura 13).

## B) LO QUE EL PACIENTE DEBE SABER

En el tratamiento del tabaquismo el proceso diagnóstico va propiamente encaminado a descubrir y transmitir aquello que cada paciente debe saber sobre su propia conducta de fumar para que pueda realizar su intento con mayores probabilidades de cesación a largo plazo.

**Sobre la propia conducta de fumar.** La entrevista clínica y la profundización en las características del consumo y en recaídas previas sirven, al igual que los

**Figura 13**

*Modelo sencillo de auto-registro, en el que se apunta la hora del deseo de fumar, en qué circunstancia se produce y una valoración cuantitativa (de 0 a 10) de su intensidad.*

<b>Hora</b>	<b>Situación</b>	<b>Ganas</b>
7h50	<i>Justo después de ducharme</i>	7
8h05	<i>Tras desayunar leyendo el periódico</i>	5
8h30	<i>Al montar en el coche y poner la radio</i>	9
8h55	<i>Poco antes de entrar al trabajo</i>	3
10h40	<i>Tomando el café de media mañana</i>	8
...	...	...

auto-registros y otras herramientas, para que el paciente reconozca qué estímulos están intrínsecamente asociados a su conducta de fumar, qué le aporta fumar y de qué recursos alternativos puede disponer. Hay quienes adquieren este conocimiento y habilidades espontáneamente sin necesitar de los profesionales sanitarios para ello; sin embargo, no siempre ocurre así. Por ello, si alguien solicita ayuda para dejar de fumar debe profundizarse en estos componentes y tener mínimamente previsto cómo actuar en las situaciones que previamente daban lugar sistemáticamente al consumo de tabaco.

**Fijación del Día D.** Aunque hay intentos no programados de cesación que dan lugar a abstinencias permanentes (muchas personas dejan de fumar sin ayuda de un profesional sanitario), la fijación de un día específico por parte del paciente suele aportar mejores resultados. Conviene que sea un día en el que no se vean especiales inconvenientes para intentarlo. Si bien suele ser cierto que para una persona fumadora ningún día es perfecto para intentarlo, también es cierto que hay días o temporadas mucho peores que otras.

Se procura que la motivación —que se manifiesta en la disposición de realizar un intento serio de cesación y de adherirse a las pautas de tratamiento establecidas— sea máxima al comienzo del intento. Para ello es útil ayudar a los pacientes a profundizar en sus decisiones, transmitirles lo básico que deben saber, analizar sus temores y expectativas irracionales y dialogar sobre los potenciales beneficios de la cesación y las posibles consecuencias, personalizadas, de no dejarlo. Escribir en un papel las razones por las que se ha decidido realizar un intento de cesación (*lista de motivos*), y mantenerlo habitualmente al alcance, puede ser útil para aquellos momentos en los que la motivación sea menos aparente (figura 14).

**Figura 14**  
Lista de motivos.

Motivos para dejar de fumar:	Motivos por los que fumo:
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

**Prevención de consumos puntuales.** Dado que los consumos puntuales –a través del efecto *priming*\* o a través del *efecto violación de la abstinencia*\*\*– son una de las principales causas de recaídas, es importante concienciar a quien intenta dejar de fumar de que haga lo posible por evitarlos. A esto suele ayudar que eliminen de su entorno el tabaco y aquellos objetos que lo recuerdan directamente, disminuir el consumo de café y de alcohol, facilitar cómo rehusar ofrecimientos y concretar cómo y a quién pedir ayuda en momentos de debilidad.

**Buscar apoyos externos.** Conviene que toda persona que intente realizar un intento serio de cesación avise a su entorno que lo va a realizar. Aunque hay quien prefiere mantenerlo en secreto, la evidencia indica que habitualmente es mejor hacerlo público, quizá porque indique un mayor compromiso previo. También conviene tener previsto a quién se puede acudir en casos de percepción de debilidad o de falta de control en los deseos de consumo.

**Información básica sobre el proceso adictivo y las expectativas del tratamiento.** Toda persona que quiera dejar de fumar debería ser consciente de que:

- 1) Aunque pueda vivirse como una pérdida, dejar de fumar es claramente una ganancia.
- 2) Aunque se puede conseguir dejar de fumar en el primer intento, lo más frecuente es conseguirlo tras varios intentos de cesación. El hecho de que previamente no lo haya conseguido no empeora el pronóstico, ya que en adicciones las recaídas son una parte más del proceso de abandono.
- 3) Los primeros días y semanas pueden aparecer síntomas transitorios y tratables. Algunos de ellos son debidos a la falta de nicotina; otros, a que ya no se dispone de la conducta de fumar para afrontar las situaciones cotidianas.
- 4) El objetivo del tratamiento es conseguir la abstinencia a largo plazo, no que desaparezcan los deseos de fumar. Estos pueden presentarse aunque los tratamien-

\* Fenómeno por el que –en un animal en que la conducta de auto-administración estaba ya extinguida– una sola dosis de sustancia adictiva, administrada sin que lo advierta el animal, da lugar a que éste recaiga en la conducta adictiva (readquiera el aprendizaje).

\*\* Efecto de violación de la abstinencia: valoración –y respuestas emocionales asociadas– que una persona lleva a cabo de las circunstancias de su vuelta al consumo después de un tiempo de abstinencia. Se manifiesta con argumentaciones del estilo “de perdidos, al río”: he fumado un cigarrillo tras varios meses; para eso, vuelvo al paquete diario, si es que yo no tengo remedio...

tos estén adecuadamente pautados y aunque el paciente viva todas las estrategias que facilitan el proceso de cambio.

5) El abandono del consumo es un proceso crónico; los tratamientos pretenden conseguir abstinencias prolongadas, no sólo ni fundamentalmente que el paciente se encuentre mejor los primeros días; ser consciente de esto facilita la adherencia a las diversas pautas terapéuticas.

### C) HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS ÚTILES

En 2008 el informe de consenso que es la Guía Americana renovó la recomendación “*se debe animar a todos los fumadores al uso de fármacos apropiados*” en sus intentos de cesación. Se excluyen aquellos pacientes con contraindicaciones o que por sus características necesitan un control estricto (gestantes, lactantes...). ***El empleo de fármacos útiles aproximadamente duplica la eficacia de la intervención basal que se realice.*** Debe tenerse en cuenta que la cifra absoluta de abandonos está en correlación directa con la intensidad de la intervención que se aplique a los pacientes: no es lo mismo administrar un fármaco OTC (8-10% de abstinencia al año) que utilizarlo de forma conjunta con apoyo e intervención conductual (más del 30%). En resumen, la evidencia muestra que la combinación de intervenciones conductuales breves con tratamiento farmacológico es la que muestra mayor efectividad en tabaquismo.

Los fármacos usados en el manejo del tabaquismo se clasifican en fármacos de primera y segunda línea. Son de **primera línea** aquellos aprobados específicamente para su uso en el tratamiento del tabaquismo; presentan una efectividad y seguridad probada (tabla II):

**Tabla II**

*Fármacos de primera línea para la cesación tabáquica: resumen de la evidencia de su eficacia.*

	GUIA AMERICANA		COCHRANE	
	Nº ensayos	OR [IC 95%]	Nº ensayos	OR [IC 95%]
<b>Placebo</b>	80	<b>1</b>	>100	<b>1</b>
<b>TSN Parche (&lt;14 semanas)</b>	32	<b>1,9</b> [1,7-2,2]	41	<b>1,7</b> [1,5-1,8]
<b>Chicle (&lt;14 semanas)</b>	15	<b>1,5</b> [1,2-1,7]	53	<b>1,4</b> [1,3-1,5]
<b>Comprimidos</b>	-	-	6	<b>2,0</b> [1,6-2,5]
<b>Spray nasal</b>	4	<b>2,3</b> [1,7-3,0]	4	<b>2,0</b> [1,5-3,7]
<b>Inhalador</b>	6	<b>2,1</b> [1,5-2,9]	4	<b>1,9</b> [1,4-2,7]
<b>VARENICLINA 2mg/d</b>	5	<b>3,1</b> [2,5-3,8]	7	<b>2,3</b> [2,0-2,8]
<b>BUPROPIÓN</b>	26	<b>2,0</b> [1,8-2,2]	19	<b>1,9</b> [1,7-2,2]

– **Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)** (*Nicomax*®, *Nicorette*®, *Nicotinell*®, *Niquitín*®), en sus diversas presentaciones: parches, chicles, comprimidos para chupar, comprimidos sublinguales, spray nasal e inhalador bucal (las tres últimas no comercializadas en España).

– **Vareniclina** (*Champix*®)

– **Bupropión** (*Quomen*®, *Zyntabac*®)

Los tratamientos de **segunda línea** incluyen la **nortriptilina** y la **clonidina**; son útiles en la cesación, pero su perfil de reacciones adversas es menos favorable, por lo que se considera que deben usarse más excepcionalmente.

No hay evidencias concluyentes sobre cuándo debe utilizarse uno u otro fármaco o en qué tipo de fumador funciona mejor uno concreto en relación al resto. El principal criterio al escoger un fármaco es la ausencia de contraindicaciones y su eficacia; en segundo lugar, la experiencia previa del paciente y sus expectativas podrían marcar la elección.

En quienes no han conseguido una abstinencia prolongada tras varios intentos adecuadamente tratados puede estar indicado el tratamiento combinado con dos fármacos de primera línea, ya que en algunas personas su uso incrementa las tasas de abstinencia a largo plazo.

## 1) T.S.N.

Todas las presentaciones de T.S.N. son eficaces para promover la cesación tabáquica. Los diferentes preparados se distinguen fundamentalmente por sus características farmacocinéticas, que son las que determinan sus indicaciones, y también por su perfil de reacciones adversas y sus contraindicaciones específicas (tabla III).

**Tabla III**

*Contraindicaciones generales de la T.S.N. La mayor toxicidad de fumar cigarrillos hace que ninguna de estas contraindicaciones sea absoluta.*

Enfermedades cardiovasculares **graves**: IAM reciente, accidente cerebro-vascular reciente, angina inestable, HTA no controlada, insuficiencia cardiaca avanzada, arritmias graves

Úlcera gastro-duodenal activa

### 1A) PARCHES DE NICOTINA

**Presentaciones.** Existen dos tipos de parches transdérmicos con nicotina, uno de ellos con una duración de acción de 16 horas y el otro de 24 horas. Ambos tipos

liberan (por hora) cantidades similares de nicotina. No se han encontrado diferencias en la eficacia clínica de ambos tipos de parches.

**Forma de utilización.** Se aplican en zonas del cuerpo secas, a poder ser sin vello, y sobre todo íntegras, alternando las localizaciones para evitar o disminuir los efectos adversos locales. Aunque se recomienda colocarlos por encima de la cintura, pueden ser usados en zonas musculares de la parte inferior del cuerpo (como nalgas y muslos), salvo que exista un gran panículo adiposo, lo cual haría errática la absorción de la nicotina. Suelen colocarse al comenzar la jornada y se quitan al acostarse (parches de 16 h) o a la mañana siguiente (de 24 h).

**Posología.** La evidencia disponible muestra inequívocamente que 21 mg/d (o su equivalente de 15 mg en parches de 16 h) **durante 8-12 semanas** es eficaz en todo tipo de fumadores y lo es tanto como otras pautas más complejas que habitualmente se recomiendan, pero que hasta el momento carecen de base científica.

**Reacciones adversas y contraindicaciones.** Los efectos adversos más comunes son los cutáneos: prurito, eritema, escozor en la zona de colocación. Su aparición se reduce alternando el sitio de colocación y, cuando aparecen, suelen controlarse con corticoides tópicos. Otros efectos menos frecuentes son: cefaleas, vértigos, dispepsia y –sobre todo, si se usan por la noche– insomnio y trastornos del sueño. Las únicas contraindicaciones específicas son las enfermedades dermatológicas generalizadas (psoriasis, atopias...) (tabla IV).

**Tabla IV**

*Parches: Efectos adversos y contraindicaciones específicas.*

EFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
Irritación cutánea, picor, quemazón Mialgias, cefalea, náuseas, vómitos, dispepsia, mareo, palpitaciones Insomnio, somnolencia	Enfermedades dermatológicas que compliquen su aplicación

## 1B) CHICLES y COMPRIMIDOS DE NICOTINA

**Presentaciones.** Existen chicles de 2 y 4 mg de nicotina. Sus características organolépticas –especialmente su consistencia y sabor– varían según qué laboratorio los fabrique; esto influye en su aceptación por los pacientes. Los comprimidos para chupar liberan nicotina de forma constante y uniforme al ser chupados o mantenidos en la boca. No contienen azúcar. Frente a los chicles, ofrecen las ventajas de no precisar ser masticados, no pegarse a los dientes y de poder liberarse algo más uniformemente.

**Forma de utilización.** Los pacientes deben asumir que son un medicamento y que deben ser usados como tal. Es imprescindible explicar que los chicles de nicotina no se utilizan como los chicles convencionales: deben masticarse lentamente hasta el momento en el que se note el fuerte sabor de la nicotina; entonces se deja el chicle entre la mejilla y las encías, sin masticar, hasta que el sabor desaparezca, momento en el que se vuelve a masticar. Esto se repite cíclicamente hasta que se acabe la nicotina. Los comprimidos se usan de manera similar, chupándolos en vez de masticarlos. Es recomendable no ingerir café ni bebidas refrescantes o ácidas en los 15 minutos previos para evitar que se reduzca la cantidad de nicotina absorbida.

Pueden ser pautados: 1) **con pauta fija**, como, por ejemplo, una pieza por hora; en este caso la reducción debe ser gradual y en periodos de tiempo amplios; 2) **a voluntad del paciente o como dosis de rescate**: en este caso el paciente decide cuándo y cuántos usar (dentro de los márgenes fijados por el profesional), y los utiliza para *gestionar* sus deseos intensos de consumo. Esta última modalidad puede combinarse con parches, bupropión o vareniclina, en la denominada terapia combinada.

El principal problema de estas dos presentaciones es su **infrautilización** por los pacientes: bien por las reacciones adversas locales y digestivas (que aumentan si se emplean inadecuadamente) o bien porque erróneamente consideran un índice de mejoría el hecho de usar un menor número de piezas por día.

**Reacciones adversas y contraindicaciones.** En general, son producidas directamente por la nicotina: dispepsia, náuseas, diarrea, dolor de boca o garganta, úlceras bucales. Se presentan reacciones adversas entre el 15-30% de los casos; no suelen ser muy intensas y se atenúan con una correcta técnica de uso. Las contraindicaciones específicas de los chicles son las que impiden su correcta utilización: inflamación oro-faríngea, problemas de masticar por prótesis dentarias o patología de la articulación témporo-mandibular. Los efectos adversos más comunes de los comprimidos para chupar son: ligera irritación de garganta, dispepsia, hipo, aumento de la salivación (tabla V).

**Tabla V**

*Efectos adversos y contraindicaciones de chicles y comprimidos de nicotina.*

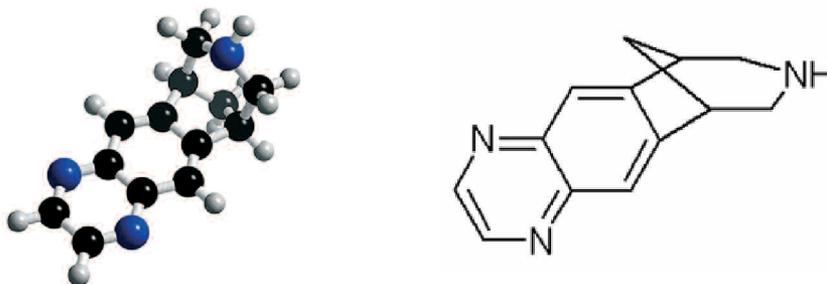
EFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
<p>Dolor articulación témporo-mandibular, úlceras bucales, irritación o dolor de garganta, molestias dentales, hipo, mal sabor de boca, aumento salivación</p> <p>Cefalea, mareo, dispepsia, náuseas, mialgia, diarrea</p>	<p>CHICLES: Alteraciones de la articulación témporo-mandibular, inflamación orofaríngea, trastornos dentarios, uso de prótesis dentales (relativa)</p> <p>COMPRIMIDOS: Esofagitis activa, inflamación oral y faríngea</p>

## 2) VARENICLINA

Aprobada en 2006, es un fármaco eficaz y seguro. Su dispensación requiere prescripción médica. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos  $\alpha 4\beta 2$ . Los diversos estudios muestran que tanto 1 como 2 mg/d de vareniclina al menos duplican la eficacia de las intervenciones en tabaquismo. Su eficacia es al menos similar a la de los otros fármacos aprobados; podría ser algo mayor (figura 15).

**Figura 15**

*Estructura molecular de la vareniclina.*



La dosis recomendada es 1 mg dos veces al día durante 12 semanas, comenzando la toma por dosis más bajas: un comprimido de 0,5 mg durante los 3 primeros días, dos comprimidos de 0,5 mg los 4 días siguientes. Al principio del tratamiento se sigue fumando; a partir de la segunda semana es cuando se deja de fumar.

Se administra por vía oral. Se elimina por vía renal, sin apenas sufrir metabolización hepática (sólo un 8%), por lo que no presenta gran riesgo clínico de interacciones. No requiere ajuste de dosis en caso de insuficiencia hepática y en insuficiencia renal, salvo si el aclaramiento de creatinina baja de 30 mg/ml.

Los efectos adversos más comunes son los gastro-intestinales y los relacionados con el sueño. Produce frecuentemente náuseas (hasta el 30%), aunque habitualmente no suelen ser graves; pueden ser minimizadas si se administra con agua o alimentos. Puede también ocasionar insomnio, somnolencia y, en uno de cada ocho pacientes aproximadamente, sueños anormales, habitualmente referidos como sueños vívidos. En ocasiones estos trastornos del sueño son debidos al propio proceso de cesación. La pauta de administración de una dosis cada 12 h disminuye la prevalencia de reacciones adversas, pero ambas dosis pueden estar espaciadas por menos tiempo.

Se han notificado casos de depresión e ideación suicida en pacientes que recibían vareniclina (que podrían ser debidos a la propia privación tabáquica); por ello, debe informarse a los pacientes al respecto y vigilar su posible aparición. Aparte de la hipersensibilidad al preparado no existe ninguna otra contraindicación. Hasta el momento no ha sido descrita ninguna interacción medicamentosa clínica.

mente relevante. Por falta de estudios, su uso no está recomendado ni en embarazadas ni en menores de edad (tabla VI).

**Tabla VI**

*Efectos adversos de la vareniclina con frecuencia mayor del 1%.*

GENERALES	Fatiga
SNC y SNP	<b>Sueños anormales</b> , insomnio, somnolencia, aumento del apetito, dolor de cabeza, mareos, disgeusia
GASTRO-INTESTINALES	<b>Náuseas</b> , vómitos, estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, molestias estomacales, dispepsia, flatulencia, sequedad de boca

### 3) BUPROPIÓN

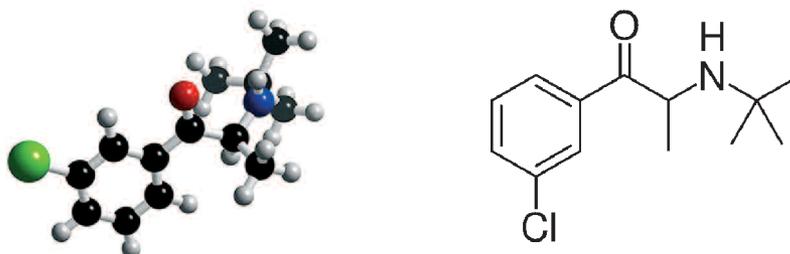
Es un fármaco eficaz y seguro. Su dispensación requiere prescripción médica. Su mecanismo de acción básico es desconocido. Tanto 150 como 300 mg/d durante 8-12 semanas duplican la eficacia de las intervenciones que se realicen. Su eficacia es similar a la de los otros fármacos de primera línea (tabla II).

La pauta de tratamiento eficaz es un comprimido diario de 150 mg durante 8-12 semanas. Durante la primera semana se sigue fumando, abandonando el consumo a partir de entonces. Si se emplearan 300 mg/día, debe darse en dos tomas separadas al menos 8 h para disminuir el riesgo de toxicidad; para disminuir el insomnio se recomienda adelantar la segunda toma del día.

El bupropión es un fármaco seguro; usado bajo supervisión médica con los debidos controles periódicos no tiene por qué producir ningún problema grave (figura 16). Los efectos adversos más comunes son: *insomnio* (40%), *sequedad de boca*,

**Figura 16**

*Estructura molecular del bupropión.*



*cefalea, excitación conductual* (parecida a la producida por la fluoxetina) y *rush* cutáneo. Habitualmente los efectos adversos son débiles y bien tolerados; el insomnio, por ejemplo, es vivido como “dormir menos” o “despertarse antes”, aunque el sueño es totalmente reparador (tabla VII).

**Tabla VII**

*Efectos adversos del bupropión con frecuencia mayor del 1%.*

GENERALES	Fiebre
SNC y SNP	<b>Insomnio</b> , temblor, cefalea, alteración de la concentración, dolor, agitación, ansiedad, vértigos, depresión, tristeza
GASTRO- INTESTINALES	<b>Boca seca</b> , alteración gastrointestinal con náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento
CUTÁNEAS	<i>Rush</i> , prurito, sudoración, urticaria

El riesgo más grave asociado a su uso es la aparición de **convulsiones** (<0,1%). Por ello, está contraindicado en personas con historia actual o previa de crisis convulsivas, con historia actual o previa de anorexia nerviosa o bulimia, con tumores del SNC, así como en personas en fase de desintoxicación de alcohol o benzodiazepinas. Debe ser administrado con cautela en personas con historia de traumatismo craneal y en quienes reciban fármacos que disminuyan el umbral convulsivo como algunos antipsicóticos, algunos antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos H<sub>1</sub>, teofilina y quinolonas.

**Tabla VIII**

*Contraindicaciones del bupropión.*

- 1) Hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de los componentes.
- 2) Antecedentes de trastorno bipolar.
- 3) Por aumento del riesgo convulsivo en:
  - Hª actual o previa de crisis convulsivas.
  - Hª actual o previa de anorexia nerviosa o bulimia.
  - Tumor conocido en SNC.
  - Uso concomitante con IMAOs.
  - Abstinencia a alcohol o benzodiazepinas.
  - Cirrosis hepática grave.

El bupropión inhibe la isoenzima CYP2D6, por lo que aumenta la toxicidad de los IMAOs A (también los reversibles) y ritonavir, cuya administración simultánea está contraindicada. Por el mismo motivo conviene tener una relativa precaución al administrar antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos e ISRS, betabloqueantes, antiarrítmicos y opiáceos menores. Su metabolización disminuye en la cirrosis hepática grave, situación en la que aumenta su toxicidad (tabla VIII).

El bupropión está indicado en el tratamiento de la dependencia nicotínica, cuando no existan contraindicaciones a él. En la actualidad no existe ninguna indicación específica del bupropión frente a los otros preparados. Podrían ser criterios de utilización la contraindicación de la TSN o de la vareniclina, la existencia de antecedentes psiquiátricos previos, el fracaso previo de terapias bien pautadas o la preferencia del paciente.

## 5. PREGUNTAS Y COMENTARIOS FRECUENTES EN LA CONSULTA

### 1. ¿Algún vicio hay que tener!

No es necesario tener ningún *vicio* para poder vivir; nos puede gustar fumar, podemos sentir que es placentero, pero hay otras cosas a nuestro alrededor que también nos pueden hacer sentir placer. Los no fumadores no son personas desdichadas ni que disfrutan menos de la vida.

### 2. La mayoría de la gente fuma.

Da igual lo que haga la mayoría de la gente, pero en este caso, además, es falso. Esto suele ser un sesgo de percepción de los fumadores; en realidad en este momento en España fuma cerca de un 30% de la población adulta.

### 3. ¿Debería preocuparme por las manchas blancas que tengo en la boca? ¿Desaparecerán?

Sí, debería preocuparse, porque algunas manchas blancas, las leucoplasias, pueden transformarse en un cáncer. En muchos casos desaparecen simplemente al dejar de fumar, pero es muy importante su control por un dentista.

### 4. ¿Pierden antes sus dientes los fumadores?

Los fumadores tienden a padecer más enfermedad periodontal; por ello, algunos perderán sus dientes antes que los no fumadores.

### 5. Ya lo intenté una vez y volví a fumar.

La mayor parte de las personas tienen que intentarlo más de una vez para conseguir dejar de fumar. Si todas las personas que se plantean dejar de fumar lo dejan a la primera, no estaríamos hablando de una adicción.

## **6. Quien quiere dejar de fumar, deja de fumar; quien no lo deja, en el fondo, es porque no quiere.**

Es cierto que para dejar de fumar lo importante es querer: si alguien no quiere dejar de fumar, difícilmente va a conseguirlo. Pero no es sólo querer, también hay que saber. La motivación juega un papel importante, pero hay muchos otros factores. Hay gente que quiere dejarlo y que no puede: eso son las adicciones.

## **7. Pues yo lo dejé sin problemas.**

Ocurre a bastantes personas: es probable que no fuera (muy) dependiente. Pero esto no implica que a otras personas no les pueda costar mucho. Tampoco quiere decir que la nicotina no sea adictiva (hay quien ha abandonado el alcohol, la heroína o la cocaína *sin problemas*).

## **8. ¿Seré capaz de dejar de fumar?**

Sí, sin duda; nunca es absolutamente imposible dejar de fumar. Puede costarle más o menos, puede no conseguirlo en el próximo intento, pero se puede dejar de fumar. Dejar de fumar es como intentar subir una montaña: igual un día el tiempo no acompaña o quizá se empezó la ascensión a media tarde, o sin comida o sin las botas adecuadas. Que en todas las ascensiones no se llegue a la cima, no implica que la montaña no pueda ser conquistada.

## **9. Este no es buen momento para dejarlo.**

Efectivamente puede no serlo o, quizá, esto sólo sea una excusa para posponer una decisión que hay que tomar. Nunca hay un día perfecto para dejar de fumar, pero siempre hay momentos que son mejores que otros. Como es un proceso que exige esfuerzo y requiere tiempo, es conveniente que usted esté mínimamente preparado: no hace falta que los veinte semáforos de la avenida estén verde, pero conviene que los dos o tres primeros lo estén.

## **10. Lo dejaré cuando note que me hace daño.**

Algunos daños se notan pronto, pero la mayor parte de las veces es ya tarde cuando se percibe el daño. Es algo así como decir “cuando vea que me voy a chocar, ya me pondré el cinturón de seguridad o el casco de la moto”. Lo único real es que cada cigarrillo hace daño.

## 11. ¿No soy demasiado mayor para dejarlo?

Nunca es tarde para dejarlo. Tenga la edad que tenga, ganará calidad de vida. Además, también aumentarán sus expectativas de vida; en concreto, si tiene 65 años, añadirá otros 5 años más (y, sobre todo, mejores).

## 12. No es tan perjudicial para mí; fumo tabaco *light*.

No hay ningún dato de que el tabaco *light* sea menos tóxico. Por eso, se ha prohibido usar esa denominación u otras similares, porque son engañosas. De hecho, el tabaco y todo lo que contienen los cigarrillos *light* es exactamente igual al tabaco normal; la única diferencia está en el filtro: mientras que un cigarrillo normal sólo lleva una línea de puntos de respiración, el *light* presenta dos líneas.



## 13. Fumo muy poco.

En tabaco no existe un consumo ausente de riesgo. Con el alcohol muchas personas sí pueden tenerlo, pero con tabaco no. Aunque grandes consumos de tabaco implican mayor toxicidad, incluso un consumo mínimo (de uno o dos cigarrillos al día) aumenta la mortalidad. Desgraciadamente fumar poco es una manera de engañarse.

## 14. El tabaco negro es peor que el rubio.

No hay estudios que indiquen diferencias entre la toxicidad del tabaco rubio y la del negro. La diferencia fundamental entre ambos reside cómo *se curan* (se secan) las hojas de la planta del tabaco, pero no puede decirse que uno sea mejor que otro.

## 15. Los cigarrillos son mucho peores que los puros o las pipas.

Es cierto que los cigarrillos son más tóxicos y más adictivos, pero eso no implica que puros y pipas sean inocuos: a nivel local (boca y faringe) su toxicidad es mayor y también presentan toxicidad sistémica. Los cigarrillos se fuman distintos de los puros o las pipas: es una cuestión del pH del tabaco y de cómo se fuma.

## 16. Los puros son más naturales.

Si por *naturales* se entiende que tienen menos aditivos, es cierto. Pero esto no implica que no sean tóxicos: aunque una pequeña parte de la toxicidad del

tabaco pueda derivarse de los aditivos que le son añadidos a lo largo del proceso de elaboración, la inmensa mayoría de la toxicidad deriva de la propia composición del tabaco en sí.

## **17. ¿Se engorda mucho al dejar de fumar?**

Por lo general se aumentan unos 2-4 kg de peso en el periodo de un año, aunque hay una gran variabilidad: hay personas que no ganan peso y otras que incluso adelgazan al dejar de fumar. Varias razones pueden explicar esta potencial ganancia de peso: 1) se recupera el olfato y el gusto; 2) disminuye el metabolismo basal del fumador, que en los fumadores está más acelerado; 3) algunas personas no distinguen bien el hambre de las ganas de fumar; 4) otra de las posibilidades es que el paciente utilice la comida como recompensa, igual que hacía antes con los cigarrillos; en este caso, el aumento de peso será mayor.

Conviene realizar un poco más de ejercicio físico, comer más fruta, mascar chicle sin azúcar, beber más agua... Si se gana algo de peso, puede intentarse perderlo al cabo de unos pocos meses, una vez que ya esté consolidada la conducta de no fumar.

## **18. Se pasa muy mal al dejarlo: es peor el remedio que la enfermedad.**

Algunas personas lo pasan mal; otras, no o no tanto. Cambiar conductas arraigadas –las adicciones lo son– requiere esfuerzo. En algunas personas, además, aparecen síntomas de abstinencia o de retirada (irritabilidad, insomnio, falta de concentración, etc.) que pueden llegar a ser intensos: son tratables y transitorios (de 1 a 4 semanas). En cambio, los beneficios de dejar de fumar no son siempre evidentes desde el principio, aunque muchas veces sí: en general son progresivos y, además, permanentes. Nadie se arrepiente de haber dejado de fumar.

## **19. Necesito el tabaco para poder relajarme.**

El tabaco no es relajante, aunque algunas personas han aprendido a utilizarlo para enfrentarse a situaciones de nervios o de estrés. Al dejar de fumar, esas situaciones siguen apareciendo; por ello, hay que aprender a desarrollar otras estrategias para cuando esto ocurra.

## **20. Y ¿qué voy a hacer en los momentos de nerviosismo?**

Lo que le sirva; debe desarrollar alguna estrategia que, a usted en concreto, le permita enfrentarse a esos momentos. No basta con aguantar; eso sirve sólo unas

pocas veces; acaba siendo insoportable. Plantéese, por ejemplo, qué hacen en esas situaciones quienes no fuman.

## **21. La otra vez que dejé de fumar me deprimí.**

Cuando se deja de fumar, se puede estar más apagado o triste por varias razones como privación de un psicoestimulante (sobre todo la primera semana) o sensación de pérdida o *duelo* (más frecuente en la segunda semana). En ocasiones, en algunas personas aparece un episodio depresivo mayor. Esto –infrecuente (2%) en quienes carecen de antecedentes depresivos– es frecuente ( $\approx 30\%$ ) en quienes previamente han padecido varios episodios depresivos. Todo trastorno en el estado del ánimo en quien intenta dejar de fumar ha de ser valorado adecuadamente y abordado específicamente.

## **22. ¿Debería contar a mis amigos y compañeros de trabajo que estoy dejando de fumar?**

Sí, aunque ahora en frío no se lo crea o le dé vergüenza que se den cuenta de que no lo consigue, la experiencia muestra que el apoyo de todos aquellos que rodean al paciente es muy importante: conviene contárselo a todos los amigos, familiares, compañeros de trabajo... Nunca se sabe cuándo vamos a necesitar de su ayuda.

## **23. ¿Cuándo me recuperaré de los efectos del tabaco?**

Depende. Algunas constantes mejoran ya a las pocas horas. Muchos síntomas respiratorios y la capacidad física mejoran en los primeros días. Los riesgos de enfermedad cardiovascular tienden a normalizarse al cabo de un año. Salvo el tejido pulmonar que ya esté destruido, parte de la arterioesclerosis o que ya se tenga un cáncer (eso puede que no se vea hasta pasados unos 5-10 años), todo lo demás es reversible.

## **24. ¿Volveré a engancharme por un solo cigarrillo?**

Muy probablemente. Un solo cigarrillo aumenta mucho las posibilidades de que se vuelva a fumar, pero esto no quiere decir que por ello alguien se quede ineludiblemente enganchado. La situación todavía puede estar bajo control tras ese consumo esporádico. Si alguien quiere dejar de fumar tiene que empeñarse en evitar los deslizos (los consumos puntuales), pero si alguna vez ocurren, lo que hay que hacer es reaccionar, y evitar que el desliz acabe dando lugar a una recaída (consumos más prolongados).

## **25. Y, ¿cuándo dejaré de ser dependiente?**

Es muy difícil de precisar. Quizá ya no lo es; quizá no deje de serlo nunca, aunque lleve muchos años sin consumir. En la práctica, lo que realmente importa es que consiga mantenerse sin fumar (que es el principal problema).

## **26. Cada día tendré menos ganas de fumar, ¿no?**

No exactamente. Al principio, habrá días en los que no tendrá deseos de consumir y habrá otros en los que, por los motivos que sean, le vendrán muchas ganas de fumar. Aunque las urgencias por fumar disminuyen con el tiempo, tardan en desaparecer y en las primeras semanas pueden ser más o menos frecuentes: habrá días “tranquilos” y otros no tanto. En cualquier caso, el objetivo no es que te desaparezcan las ganas de fumar, sino que no se fume. Enfrentarse a las ganas de fumar ayuda a dejarlo: cara a la cesación, no les va peor a quienes tienen muchas urgencias de fumar que a los que apenas las presentan.

## **27. ¿Realmente compensa dejar de fumar?**

Sí, realmente compensa dejar de fumar.

# ANEXOS

La mayor parte de estos anexos están extraídos, algunos con modificaciones, de las referencias bibliográficas: Ayesta y Rodríguez (2007), Esteban y Olano (2008), Rodríguez y Ayesta (2009).

## Anexo 1. Razones o beneficios para dejar de fumar

Cada persona ha de encontrar sus propias razones o beneficios para dejar de fumar. Lo que para algunos es un buen motivo, para muchos otros no lo es, y al contrario. Entre las ventajas más frecuentes señaladas por la mayoría de personas que ya han dejado de fumar se encuentran:

### – MOTIVOS DE SALUD:

- Para vivir más años y vivirlos mejor.
- Para respirar mejor.
- Para cansarme menos y dejar de toser.
- Para reducir mis posibilidades de sufrir un ataque al corazón, una embolia o algún cáncer.
- Para aumentar la posibilidad de tener un bebé saludable, disminuir complicaciones durante el embarazo y el parto y evitar graves riesgos de salud a mi futuro/a hijo/a.
- Para que mi piel esté más tersa e hidratada y tenga menos arrugas.
- Para recuperar una dentadura blanca y limpia.

### – PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA:

- Para mejorar mi rendimiento físico.
- Para reducir el riesgo de accidentes caseros y de tráfico.
- Para recuperar el buen aliento y no ahuyentar a nadie de mi lado.
- Para que mis besos no sepan a cenicero viejo.
- Para disfrutar en mi casa de un ambiente más fresco y limpio.
- Para no tener que pintar la casa cada año.
- Para no quemar más camisas, pantalones y jerséis.
- Para que mi ropa no apeste a tabaco y ahorrar en tintorería.
- Para gastarme el dinero en cosas más gratificantes: música, perfumes, libros, cine, teatro, juegos, viajes, vacaciones, etc.

### – POR AUTOESTIMA Y PREOCUPACIÓN POR LOS TUYOS:

- Para librarme de esta esclavitud.
- Para dar una alegría a mi pareja (y porque así dejará de agobiarme con el tema...).
- Para ser un buen ejemplo para mis hijos, para que no tengan que pasar por esto.
- Para respetar el derecho a la salud de las personas con las que convivo, especialmente niños, ancianos o personas con problemas de salud.

## Anexo 2. Lo que ocurre tras el último cigarrillo

- A los **20 minutos** se normalizará la temperatura de sus extremidades y su tensión arterial y frecuencia cardiaca volverán a su estado normal.
- A las **8 horas** sus niveles sanguíneos de oxígeno y monóxido de carbono se normalizarán.
- A las **24 horas** disminuirá su riesgo de sufrir un infarto de corazón y el riesgo de muerte súbita en los recién nacidos que convivan con usted.
- A las **48 horas** mejorará su gusto y su olfato.
- A las **72 horas** se producirá una relajación de sus tubos bronquiales y un leve aumento de su capacidad pulmonar.
- A las **2 ó 3 semanas** mejorará su circulación y se normalizará en un 30% la función de sus pulmones.
- En el **primer-segundo mes** aumentará notablemente su capacidad respiratoria.
- Al **año** se reduce a la mitad su riesgo de padecer un infarto de corazón.
- A los **tres años** su riesgo de padecer una enfermedad de corazón o de la circulación arterial disminuirá a niveles similares a las personas que nunca han fumado.
- A los **5 años** se reduce a la mitad su riesgo de padecer cáncer de pulmón, laringe o esófago
- A los **5-10 años** el riesgo de cáncer oral es similar al de alguien que no ha fumado.
- A partir de los **10 años** el riesgo de mortalidad se iguala al de una persona que nunca ha fumado.

### Anexo 3. Pautas para los primeros días sin fumar

- *Plantéese no fumar día a día* (“hoy no fumo”).
- *Evite las situaciones de riesgo* en la medida de lo posible; aquellas en las que previsiblemente se vayan a experimentar deseos intensos de fumar. Éstas varían para cada persona, pero las más frecuentes son: comidas y cenas con amigos, salidas nocturnas con consumo de alcohol, etc. (Esto sólo será necesario las dos o tres primeras semanas.)
- El *día anterior* tire, rompa o moje todos los cigarrillos; aparte de su vista ceniceros, mecheros, etc.; cree a su alrededor un ambiente limpio y fresco.
- Si puede, *hágase una limpieza de boca*.
- *Busque apoyo* en su familia, amigos y compañeros. Comuníqueles que ha dejado de fumar.
- *Recuerde sus razones para dejar de fumar*: coloque su lista de motivos en algún lugar visible (nevera, lavabo...) para poder verla a menudo.
- *Reduzca el consumo de café y alcohol*.
- *Haga ejercicio*.
- *Manténgase entretenido* el mayor tiempo posible.
- Puede ser conveniente que *mantenga las manos ocupadas* (bolígrafos, pulseras, gomas...).
- *Haga una alimentación variada*, con mucha fruta y verduras. Procure evitar los dulces, frutos secos, grasas y “picar” entre horas.
- Al dejar de fumar no ha renunciado a todas las gratificaciones de la vida: **prémiese, dése algún capricho de vez en cuando**.
- *Puede comprarse una hucha* y meter cada día el dinero que se gastaría en tabaco.
- Por muy bien que le vaya, mantenga alta la guardia, *permanezca en actitud vigilante*.
- Sea muy estricto en estos tres puntos:
  - **Nunca compre tabaco.**
  - **Si le ofrecen, sea tajante: “Gracias, no fumo” (frente a “lo estoy dejando”).**
  - **¡En ningún caso dé una sola calada!**

## Anexo 4. Qué hacer cuando tenga ganas de fumar

*Cualquier cosa que a usted le pueda servir. Lo que sirve a una persona no sirve a otra (y viceversa).* La siguiente lista ofrece una serie de alternativas que pueden usarse en vez de fumar:

– **Recuerde** que las ganas de fumar son siempre transitorias (2-3 minutos); son como las olas: vienen y van. Espere unos minutos, distráigase o cambie de situación.

– **Cambie** su foco de atención, busque algo que le *distriga, manténgase ocupado*:

- Cepíllese los dientes.
- Vea la televisión.
- Oiga música.
- Limpie la casa.
- Salga a dar una vuelta.
- Haga ejercicio físico.
- Llame por teléfono.
- Haga puzzles.
- Haga trabajos manuales.
- Mire escaparates.
- Cocine.
- Juegue con algún objeto.

– **Repase su lista de motivos** para dejar de fumar.

– Otras: **respire** profundamente y expulse el aire lentamente; **use chicle** o caramelos sin azúcar, juanolas, canela en rama...; **beba** agua o zumos; **dúchese o báñese**; le ayudará a relajarse.

## Anexo 5. Recomendaciones para afrontar algunos síntomas que se pueden presentar al dejar de fumar

Síntoma	Recomendaciones para afrontarlo
Insomnio	Evitar té, café y refrescos con cola por la tarde; aumentar ejercicio físico (pero no a última hora); tomar leche caliente, tila o una infusión relajante antes de acostarse; practicar ejercicios de relajación en la cama; masajes de pie y/o espalda.
Irritabilidad, ira y frustración	Hacer una pausa, detener la actividad y reflexionar; dar un paseo; ducharse o tomar un baño; hacer ejercicios de relajación; evitar café y bebidas con cafeína.
Dificultad de concentración	Planear la jornada laboral y no exigir un alto rendimiento durante 2 semanas; dormir más; realizar deporte o alguna actividad física; evitar bebidas alcohólicas.
Dolor de cabeza	Ejercicios de relajación, ducha caliente o baño; beber líquidos, pero evitar café y alcohol; dormir más.
Aumento de apetito	Beber mucha agua y líquidos con pocas calorías; aumentar la ingesta de verduras y frutas y evitar grasas y dulces; evitar picar entre horas.
Cansancio, desánimo	Mantener actividad: Trabajo, deporte, aficiones; hacer lo que habitualmente le guste más; evitar la soledad, buscar la compañía de amigos; aumentar las horas de sueño, dormir la siesta.
Estreñimiento	Andar y hacer ejercicio; dieta rica en fibra; beber mucha agua.

## **Anexo 6. Qué hacer ante un consumo puntual**

– Cese el consumo lo antes posible. No da lo mismo. No tiene sentido pensar que “de perdidos, al río”.

– No se desanime ni se culpabilice: las caídas (los consumos puntuales) y las recaídas forman parte del proceso de abandono de una sustancia tan adictiva como la nicotina.

– No se engañe: descarte el consumo esporádico de cigarrillos.

– Pida ayuda a su profesional sanitario de referencia.

– Analice los motivos del primer consumo tras la cesación y profundice en él: dónde fue, con quién estaba, qué pensamientos y sentimientos le acompañaron. Esto le dará información clave para controlar situaciones futuras, en este mismo intento o en otros posteriores.

– Piense qué podía haber hecho para evitarlo y qué le aportó: cómo se sintió, si resolvió el problema...

– Si ha vuelto al consumo regular (recaída), anímese a hacer un nuevo intento en breve tiempo: actualice los motivos personales para dejar el tabaco, hable con personas que le pueden ayudar y concrete con su profesional sanitario de referencia.

## Anexo 7. Algunas estrategias para ayudar a controlar el peso

No es difícil ganar algo de peso al principio de dejar de fumar. Esto puede llevar a algunas personas a desanimarse, ya que pueden considerar que nunca se van a volver a perder esos kilos o, peor aún, que el ritmo de ganancia de peso se va a mantener. En cualquier caso, siempre debe tenerse en cuenta que *los beneficios para la salud de dejar de fumar exceden en mucho a los riesgos asociados con la ganancia de peso*. ¿Qué se puede hacer para reducir la ganancia del peso?

– **Aumentar el nivel de ejercicio físico:** ayuda a reducir peso y ansiedad y facilita la consecución de estilos de vida más saludables. No es necesario que sea muy intenso: caminar 30 minutos más, no usar tanto el ascensor, usar algo más el transporte público, no aparcar a la puerta del trabajo... son algunas de las estrategias que pueden utilizarse quemar más calorías.

– **Controlar la ingesta para evitar un mayor consumo.** Al dejar de fumar casi todas las personas recuperan gusto y olfato, algunas otras puede percibirse una mayor sensación de hambre y también puede producirse un enlentecimiento del metabolismo. Son *normas dietéticas elementales* para ayudar a **evitar ganar peso**:

- Procure no picotear entre comidas. Si lo hace, recurra a *frutas y verduras* o caramelos sin azúcar, evitando aperitivos (pipas, frutos secos, patatas fritas...) y dulces.
- Procure beber bastante *agua, zumos de fruta e infusiones sin azúcar*. Evite *bebidas alcohólicas y refrescos comerciales*. Hay a quien le sirve beber 2 vasos de agua antes de desayunar, comer y cenar.
- Tome muchas *verduras, frutas frescas, cereales y legumbres*. Limite las comidas grasas, *evite los fritos*, carnes muy sazonadas, o comidas muy condimentadas. Reemplace la carne, salsas y panceta por *pollo y pescado*.
- *Reduzca el café y el alcohol* temporalmente. Cambie el azúcar del café por *sacarina* o algún edulcorante artificial. Reduzca o evite los postres dulces.

– **No conviene ponerse a régimen** en estos momentos, ya que conviene concentrarse en dejar de fumar. A partir del tercer-cuarto mes sin fumar puede comenzar con una dieta, si lo considera conveniente. En todo caso, tenga presente que a medida que su situación se normalice, y aprenda a vivir como una persona no fumadora, su peso tenderá a volver a la normalidad.

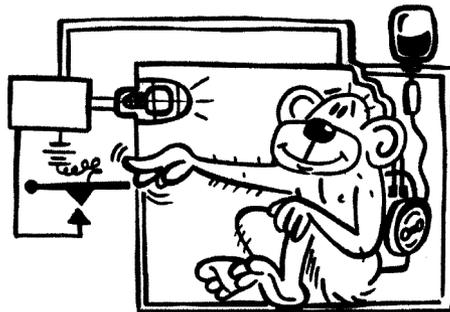
- Suele ser útil programar *comidas frecuentes* (5 ó 6 al día) y de *poca cantidad*; no son aconsejables las comidas abundantes. *Saltarse comidas no es una ayuda* para perder peso a medio-largo plazo.
- En definitiva, la mejor forma de evitar ganar peso es cambiar un poco el tipo de comida y la forma en la cual la cocina, y *comer poco y muchas veces al día*.

## Anexo 8. ¿Por qué fumamos los humanos?

Puestos en las condiciones adecuadas, los animales de experimentación se administran las mismas sustancias que, con fines no médicos, nos administramos los seres humanos; entre ellas, la nicotina. Cuando disponen de acceso continuo a estas sustancias, sus patrones de auto-administración son similares a los de las personas consumidoras.

El hecho de que todos los individuos de cualquier especie puedan adquirir patrones de auto-administración resalta una característica fundamental de todas las conductas adictivas: para adquirirlas no se requiere la presencia previa de patología, psiquiátrica o social; basta el contacto con la sustancia adictiva (con la *droga*): cualquier persona *normal* que entre en contacto regular con una sustancia adictiva puede acabar desarrollando patrones de auto-administración.

*MODELO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN. Con las sustancias reforzadoras (como la nicotina), la mera presión de la palanca aumenta las posibilidades de realizar ulteriores administraciones (condicionamiento operante); estímulos que ocurren al liberarse la sustancia, como encenderse la luz, pueden quedar asociados a la administración de la sustancia (condicionamiento clásico o pavloviano) (Imagen de Ojeda, en Otero y Ayesta, 2005).*



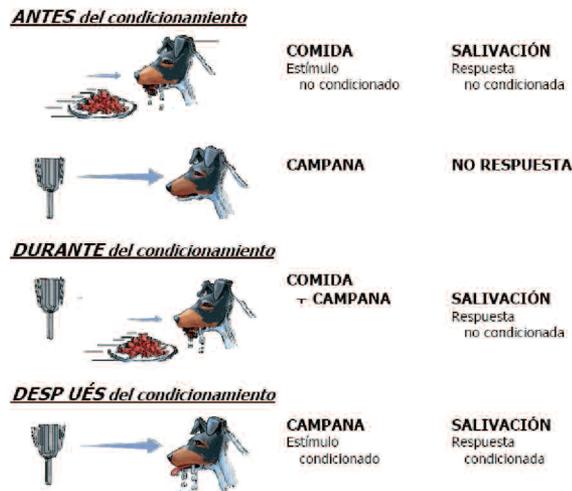
En la base de toda adicción o dependencia coinciden siempre tres constantes, que explican por qué se tiende a administrárselas:

**1. Existencia de un producto psicoactivo.** En primer lugar, debe haber un *producto psicoactivo* cuyos efectos se consideran merecedores de ser re-experimentados. Una sustancia es psicoactiva si puede alterar alguna función del sistema nervioso central, si produce algún cambio perceptible en el humor, la cognición o la conducta; no es necesario que altere la consciencia o *coloque*. La nicotina reúne plenamente estos criterios. Para alterar alguna función central una molécula debe ser capaz de llegar al SNC. Para ello, debe ser capaz de atravesar membranas biológicas; en concreto, la barrera hemato-encefálica.

**2. Existencia de un condicionamiento operante.** Cuando el fármaco actúa como elemento reforzador se instaura un *condicionamiento instrumental u operante*. La conducta de administración queda así condicionada por sus consecuencias y tiende a perpetuarse: con el tiempo la conducta va haciéndose menos voluntaria, disminuyendo el control existente sobre ella, pudiendo llegar incluso a desaparecer. Sin la presencia de este tipo de condicionamiento, no hay conducta de búsqueda y, consecuentemente, no existe dependencia.

**3. Existencia de condicionamientos clásicos.** Diversos estímulos, que se presentan simultáneamente a la administración de la sustancia adictiva, quedan asociados a ella o a sus efectos por un *condicionamiento clásico o pavloviano*. Estos estímulos, que originalmente eran neutros, acaban asociándose a la conducta y ejercen una gran influencia en que el consumo se perpetúe.

**ADQUISICIÓN DE CONDICIONAMIENTO CLÁSICO.** *Un estímulo neutro (campana) pasa a estar condicionado por la presencia de comida, originando la respuesta condicionada (la salivación), la cual previamente era incondicionada, ya que sólo se originaba por el estímulo incondicionado.*



En una adicción, lo característico no es que existan deseos intensos de consumir: estos pueden ser fruto de gustos, caprichos o manías. Lo propiamente característico es que *los deseos de consumo son habitualmente precipitados o desencadenados por la presencia de estímulos*, originalmente neutros, que por condicionamiento clásico han sido *incentivados*, han adquirido un “valor añadido”. Sin estos estímulos, al igual que sin sustancia psicoactiva, no existiría dependencia.

Estos estímulos pueden ser *externos* (un cenicero, encender el ordenador, una canción, un anuncio) o *internos* (sensación de enfado, tristeza, frustración, ganas de comer...). Los estímulos ambientales, la conducta de fumar y el reforzamiento de la

nicotina, al ocurrir juntos repetidamente, quedan fuertemente asociados. Así, el *sabor*, olor o vista de un cigarrillo, o de un anuncio, circunstancias presentes al fumar (amigos que fuman, llamadas de teléfono, cafés, indecisiones o enfados), el ritual de obtener, manejar, encender y fumar el cigarrillo, etc., se vuelven estímulos que señalan *–señalizan–* la conducta de fumar, la recuerdan. ***No sólo la recuerdan; en cierto modo, la exigen.*** En los intentos de cesación, estos estímulos *–denominados antecedentes de la conducta–* aumentan las probabilidades de recaída, ya que desencadenan deseos intensos y urgentes de fumar.

Por ello, una de las claves del tratamiento de toda dependencia es el conocimiento, reconocimiento y afrontamiento de los estímulos (*cues*) que a lo largo del tiempo se han ido asociando al consumo. Muchas personas adquieren esto sin necesidad de ayuda profesional; otros en cambio necesitan ayuda para este proceso. Lo importante en estos estímulos asociados es conocerlos y saber reconocerlos. El mero hecho de reconocerlos puede disminuir la intensidad de las urgencias que ocasionan. De ahí la importancia de los auto-registros y de estudiar bien las recaídas previas.

## Anexo 9. ¿Qué puede aportar la conducta de fumar?

Un consumo se repite por sus *consecuentes*, porque es algo que *compensa*: sus beneficios, reales o sólo percibidos, superan a los costes (económicos, sociales o de enfermedad). Cuando los beneficios percibidos disminuyen o desaparecen, las conductas se extinguen; cuando esto no ocurre, cabe sospechar que exista una cierta funcionalidad encubierta que genere ambivalencias con relación a la cesación. No siempre es así en el caso de las sustancias adictivas, pero conviene descartarlo, especialmente tras varios intentos fallidos.

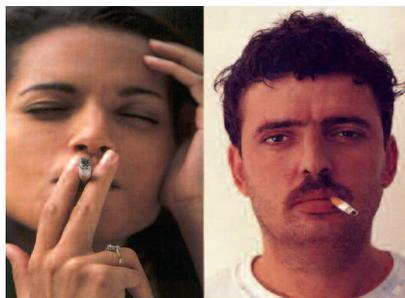
Aunque en una dependencia no es necesario que el consumo tenga valor instrumental, frecuentemente suele haberlo; esto dificulta la extinción de la conducta. Por ello, al tratar el tabaquismo u otra dependencia conviene abordar la posible funcionalidad del consumo: qué aporta y cómo puede ser sustituido.

Los beneficios de la conducta de fumar pueden ser intangibles, pero no por ello irreales. Esquemáticamente, puede decirse que estos pueden derivarse de: a) las acciones de la nicotina u otro componente del tabaco; b) la propia conducta, o c) de atribuciones derivadas del imaginario social creado por las diversas formas de promoción y publicidad.

a) Son funcionalidades de carácter fundamentalmente **biológico**:

– **Las derivadas de los efectos farmacológicos.** La estimulación cognitiva o de la atención que puede ocasionar la nicotina presenta un valor instrumental preciso en algunas personas. Del mismo modo, el posible efecto anorexígeno y/o incrementador de la tasa metabólica dotan al fumar de una funcionalidad clara en quienes pretenden poseer una figura corporal más estilizada. Lo mismo es atribuible a la acción facilitadora del tracto gastrointestinal o a la acción IMAO-B que presenta el humo del tabaco. Asimismo, la paliación de algunos déficits cognitivos o afectivos puede ser, consciente o inconscientemente, buscada por algunas personas. Esto justifica en parte por qué se fuma más en algunas patologías psiquiátricas (como síndrome de déficit de atención por hiperactividad o trastornos esquizo-afectivos).

– **Paliación de sintomatología de abstinencia.** La administración crónica de nicotina puede acompañarse del desarrollo de un síndrome neuro-adaptativo, caracterizado por la presencia de tolerancia y sintomatología de retirada o abstinencia. La evidencia científica, ha descartado que este fenómeno sea nuclear en las dependencias; aún así, por paliación o por asociación incentivada, en algunas personas puede jugar un papel relevante en la perpetuación del consumo y conviene abordarlo.





## Anexo 10. ¿Son adictos todos los que fuman?

No; muchos sí, pero hay otros que no lo son. Aunque no siempre es fácil distinguir en cada caso concreto entre consumo y dependencia, ésta es una cuestión clave, tanto en tabaco como en otras adicciones, ya que influye en cómo se ha de realizar el abordaje y en el pronóstico del proceso.

*No todos los fumadores regulares son dependientes de la nicotina:* algunos son simples consumidores habituales de nicotina que, cuando lo deseen e intenten, pueden abandonar su consumo sin grandes dificultades. El hecho de que parte de los fumadores no sean dependientes, o lo sean en bajo grado, presenta implicaciones sociales y clínicas:

1) *El consumo de tabaco es sensible a políticas de control* (como incremento del precio, restricción de la publicidad o de los lugares de consumo). Al igual que otras conductas, consumir tabaco es sensible a elementos de presión social que modifican el balance costes-beneficios percibido de quien consume; todo lo que facilite la *desnormalización* de la conducta de fumar, lo que la dote de menor aceptabilidad social, tiende a disminuir el consumo. Nadie *se cura* cuando sube el precio: cambia el balance costes/beneficios de fumar y pasan a compensarle determinados esfuerzos.

2) *Muchos fumadores responden a intervenciones breves, como el consejo sanitario.* Hay quienes, al volverse conscientes de este factor de riesgo en sus vidas, deciden eliminarlo y lo consiguen sin especiales problemas o dificultades, pese a llevar muchos años consumiendo y pese a haber podido desarrollar patología orgánica asociada. Y eso, aunque estuviera ya enfermo o le hubieran insistido otras personas. Una breve intervención de un profesional sanitario puede ser muy eficaz.

Sin embargo, *la mayoría de quienes fuman regularmente sí son dependientes.* Aunque hay quien puede abandonar su consumo de tabaco sin mucha dificultad, esto no es lo más frecuente: poco después de intentar reducir o eliminarlo, la mayoría vuelve a sus niveles habituales de consumo de tabaco (*recaen*). Por esto conviene que, ante cualquier petición de ayuda para la cesación, el consumo sea abordado como una adicción, máxime si ha habido intentos previos. *Casi todos los “fracasos” en cesación tabáquica derivan de la falta de profundización práctica en el componente adictivo de su consumo.*

Debe tenerse en cuenta que una dependencia no es un fenómeno *todo o nada*, sino que muestra una graduación, se comporta como una variable continua; por ello, no siempre es fácil distinguir en cada caso concreto qué es consumo regular y qué dependencia. Operativamente, la intensidad de una dependencia se manifiesta en la dificultad que una persona encuentra en la extinción de su conducta.

## Anexo 11. ¿Es la nicotina más adictiva que la heroína?

Quienes buscan tratamiento por su adicción a la heroína, cocaína o al alcohol afirman que dejar de fumar les resulta al menos tan difícil como abandonar su droga problema. ¿Significa esto que la nicotina es más adictiva que la heroína o la cocaína? No exactamente. En modelos animales se ve que la nicotina es muy adictiva, pero no más que la cocaína o la heroína. La percepción de mayor dificultad del abandono probablemente sea debida a: 1) un peor balance costes-beneficios; 2) al condicionamiento universal del *craving*, y 3) que en tabaco raramente “se toca fondo”.

1) **Peor balance costes-beneficios.** Aunque la dificultad para abandonar una adicción fuera la misma, quienes se ven obligados a dejar la heroína o el alcohol perciben unos beneficios en la calidad de vida, que rara vez obtienen al intentar dejar el tabaco. Por ello, a menores beneficios, un mismo esfuerzo se hace más costoso.

2) **Condicionamiento universal del *craving*** (*de los deseos intensos y urgentes de consumir*). En otras adicciones, los estímulos asociados al consumo no son omnipresentes; deben cambiarse varias circunstancias o incluso el estilo de vida; en el caso del tabaco, prácticamente todas las circunstancias de la vida de un fumador están condicionadas al consumo (el trabajo, el descanso, la diversión, siguen fumando los amigos o familiares, se ve en la calle, en las películas, en los bares...). Esto hace que el *decondicionamiento* de los estímulos pueda percibirse más costoso (y, además, serlo).

3) **No tocar fondo.** Los fumadores suelen intentar abandonar su consumo por motivos más o menos racionales, por presiones externas, pero rara vez lo hacen por *haber tocado fondo*, como ocurre en otras adicciones. Esto hace que la motivación para perseverar en el intento sea menor o que pueda disminuir más fácilmente ante las dificultades.

Consecuentemente, aunque la nicotina es altamente adictiva –probablemente lo sea tanto como las otras sustancias citadas– no es exacto decir que la nicotina es más adictiva que la heroína o la cocaína.

## Anexo 12. Enfermedades asociadas con el consumo de tabaco

1) *Se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es el principal factor responsable del exceso de mortalidad:*

- Cáncer de pulmón.
- E.P.O.C. (incluido enfisema).
- Enfermedad vascular periférica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer de la cavidad oral.
- Cáncer de esófago.

2) *Se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es uno de los factores responsables del exceso de mortalidad:*

- Enfermedad coronaria.
- Accidente cerebro-vascular.
- Aneurisma aórtico.
- Cáncer de vejiga.
- Cáncer de riñón.
- Cáncer de páncreas.
- Cáncer de cuello uterino.
- Mortalidad perinatal.

3) *Epidemiológicamente se observa un mayor riesgo, pero la naturaleza exacta de la asociación no está establecida:*

- Cáncer de estómago.
- Úlcera gástrica y duodenal.
- Neumonía.
- Cáncer de hígado.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Depresión y trastorno bipolar.
- Trastornos adictivos por otras sustancias.

4) *Se observa exceso de mortalidad en fumadores, pero la asociación se atribuye a factores de confusión*

- Cirrosis hepática.
- Suicidio.
- Trastorno esquizofrénico:

5) *Menor mortalidad en fumadores:*

- Cáncer de endometrio.
- Enfermedad de Parkinson.
- Colitis ulcerosa.

## Anexo 13. Tabaco, salud reproductiva y gestación

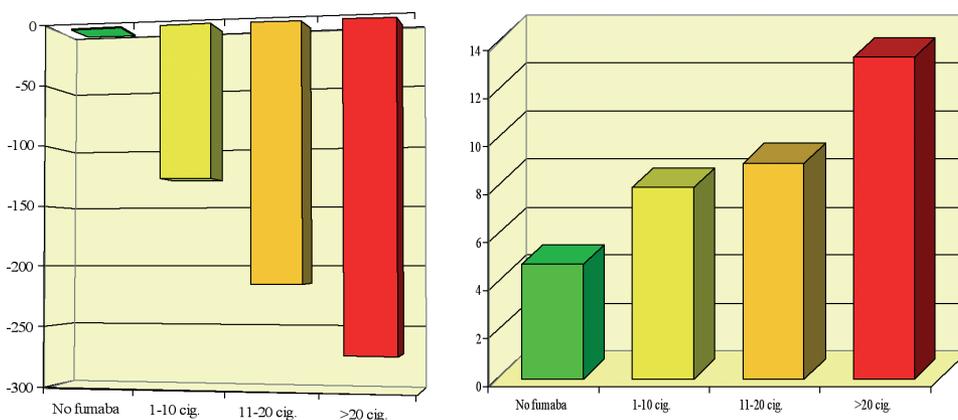
### A) SALUD REPRODUCTIVA

1. *En varones.* Tras la diabetes, el consumo de tabaco es la segunda causa de disfunción eréctil; actúa independiente de otros factores y se atribuye a la acción arteriosclerótica del tabaco.

2. *En mujeres.* 1) En fumadoras la regla es más irregular y es más frecuente la presencia de dismenorrea. 2) La menopausia está adelantada 2-3 años, probablemente por la acción antiestrogénica del tabaco, lo que agrava el riesgo de osteoporosis; las fumadoras presentan un mayor porcentaje de fracturas, lo que afecta a su calidad de vida y aumenta su invalidez. 3) Cánceres: las fumadoras presentan doble riesgo relativo de desarrollar cáncer de cérvix; por el contrario, tienen un 30% menos de probabilidades de padecer cáncer de endometrio.

### B) PROBLEMAS EN LA REPRODUCCIÓN

1. *Generales.* a) El consumo de tabaco aumenta la infertilidad, sobre todo la de origen tubárico, por sufrir las fumadoras más infecciones en los órganos reproductores; la concepción se retrasa de media unos pocos meses; el problema se presenta en quienes están en el límite de la fecundidad, que tienen tres veces más probabilidades de tardar más de un año en quedarse embarazadas; b) las fumadoras presentan un mayor riesgo de embarazo ectópico, de aborto espontáneo y parto pretérmino (O.R. 1´4); c) las fumadoras también presentan un mayor riesgo de placenta previa (O.R. 1´5), desprendimiento prematuro de la placenta y un descenso del peso placentario; el riesgo de placenta previa es dosis-dependiente.



Izq.) Disminución en el peso al nacer según el número de cigarrillos fumados durante el embarazo.  
Dcha.) Porcentaje de niños con bajo peso (< 2500 g) según el número de cigarrillos fumados durante el embarazo.

2. *Bajo peso al nacer.* Lo más destacable, cara a las consecuencias de morbi-mortalidad perinatal y postnatal que ocasiona el tabaco, es la reducción en el peso del recién nacido, que viene a ser de unos 150-200 gramos. Es una reducción en el peso, sin retraso en la madurez; su riesgo de aparición desaparece si la madre renuncia al tabaco en el primer trimestre de la gestación. Esta reducción inespecífica del peso del recién nacido, además de ser responsable de una mayor mortalidad perinatal, da lugar también a una mayor morbilidad perinatal, que se traduce en problemas posteriores del desarrollo que afectan directamente a la calidad de vida del niño e, indirectamente, a la calidad de vida de la madre.

3. *Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.* El consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo aumenta al menos un 50% el riesgo de que el lactante padezca síndrome de muerte súbita. Este riesgo se potencia cuando, después del parto, se fuma en presencia del bebé.

4. *Otros trastornos.* El consumo de tabaco se asocia de manera sustancial, pero no conclusiva, con aborto espontáneo, embarazo extrauterino y menor lactancia materna.

### C) CONSEJO E INTERVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

A todas las embarazadas fumadoras se les debería aconsejar firmemente la cesación, y ofrecerles ayuda al respecto. En la actualidad aproximadamente la mitad de quienes fuman dejan de hacerlo a raíz del embarazo (poco antes o poco después de quedarse embarazadas), aunque en estas cifras hay notables diferencias según el nivel socioeducativo. Aquellas que no dejan de fumar durante el embarazo, frecuentemente reducen su consumo de cigarrillos o cambian a una marca *light*, pensando quizá que así dañan menos al bebé.

Algunos profesionales sanitarios piensan que para que la relación de la madre con el feto no se vea afectada, es preferible que fume hasta 5 cigarrillos al día, en lugar de que “esté deprimida y ansiosa”. Este consejo no se basa en evidencia científica alguna y denota una grave falta de formación profesional y el desconocimiento de lo que es una adicción. Con él no se consigue ni una reducción de la ansiedad ni una reducción significativa de la toxicidad materno-fetal. Lo que sí se consigue es reducir significativamente las probabilidades de hacer un intento serio de cesación: se impide la cesación a muchas mujeres que si fueran plenamente conscientes de su nocividad, se empeñarían libremente en dejarlo.

## Anexo 14. Efectos de la exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco

1) Existe evidencia suficiente para inferir relación causal (parte de los casos se deben inequívocamente a esta causa):

a) en adultos:

- 1) *Cáncer de pulmón* ( $\Delta$  20-30%).
- 2) *Morbi-mortalidad por enfermedad coronaria* ( $\Delta$  20-30%).
- 3) *Irritación nasal*.

b) en niños:

- 1) *Síndrome de Muerte Súbita del Lactante*.
- 2) *Enf. tracto respiratorio bajo* (bronquitis y neumonía).
- 3) *Enf. del oído medio* (otitis media aguda y recurrente y efusión crónica del oído medio).

2) La evidencia sugiere relación causal, pero no es aún suficiente (no se han descartado algunos posibles factores de confusión):

a) En adultos: 1) accidente cerebro-vascular; 2) arteriosclerosis; 3) síntomas respiratorios (tos, sibilancias, tiraje y disnea) y disminución de la función pulmonar, tanto en asmáticos como en individuos sanos; 4) aparición y empeoramiento de asma; 5) enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 6) cáncer del seno nasal; 7) cáncer de mama.

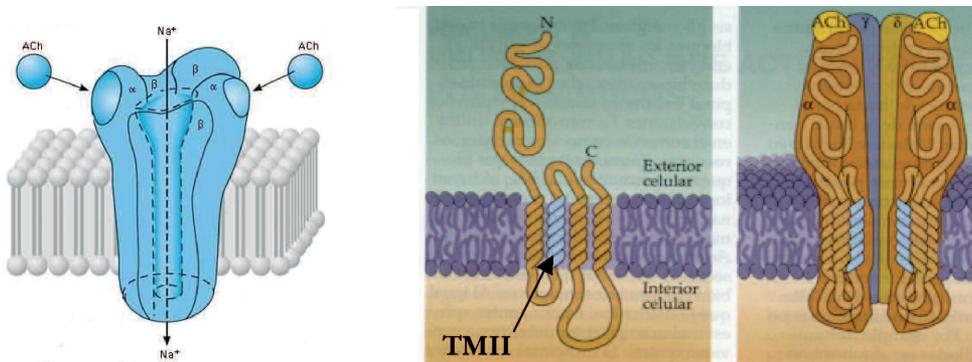
b) En niños: 1) por exposición durante el embarazo: parto pre-término, bajo peso del recién nacido; 2) por exposición tras el nacimiento: aparición de asma infantil, leucemias, linfomas y tumores sólidos cerebrales.

***No existe un nivel de exposición que pueda considerarse libre de riesgo*** en relación al desarrollo de las patologías derivadas del tabaquismo pasivo. En esto se basan las medidas restrictivas que los diversos países están tomando para evitar el consumo de tabaco en los lugares públicos y en la presencia de otras personas. Frente a sistemas no útiles o sólo parcialmente útiles, como los de ventilación, ésta —espacios públicos 100% libres de humo— se ha mostrado como la única manera eficaz de proteger a la población de las enfermedades generadas por la exposición involuntaria al humo de tabaco.

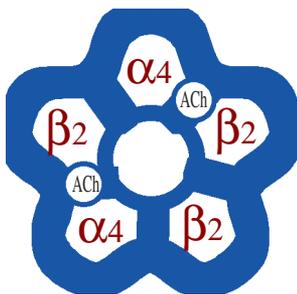
## Anexo 15. Los receptores nicotínicos

Todos los efectos de la nicotina, incluida su capacidad de generar adicción, derivan de su interacción con los receptores colinérgicos nicotínicos (RN). El RN es un canal iónico que, en estado de activación, permite el paso de cationes ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ). La nicotina activa estos receptores (se comporta como agonista), pero al tardar en disociarse de ellos, posteriormente los desensibiliza (comportándose como un antagonista). Existen dos tipos de RN: los *neuronaes* (presentes en el SNC, ganglios vegetativos y médula adrenal) y los *musculares* (de estructura ligeramente distinta y presentes en la placa motriz). Los RN neuronales son responsables tanto de los efectos psicoactivos y de la adictividad de la nicotina, como de gran parte de la toxicidad cardiovascular del tabaco.

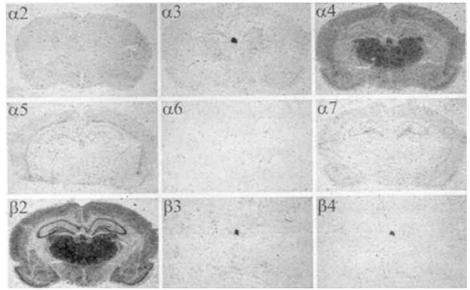
Cada RN está formado por 5 proteínas independientes, denominadas subunidades. Aunque éstas pueden ser todas iguales (receptor homomérico  $\alpha 7$ ), la mayoría de los RN neuronales están formados por subunidades  $\alpha$  y  $\beta$  con distintos patrones de expresión variables en cada conjunto neuronal. El más abundante es el receptor heteromérico  $\alpha 4\beta 2$  (3 subunidades  $\beta 2$  y 2  $\alpha 4$ ), que representa más del 90% de los sitios de fijación de alta afinidad cerebral.



Vista sagital del RN, canal catiónico formado por 5 subunidades proteicas, cada una de las cuales atraviesa 4 veces la membrana celular; el segundo dominio transmembrana (TMII) forma la parte interior del canal.



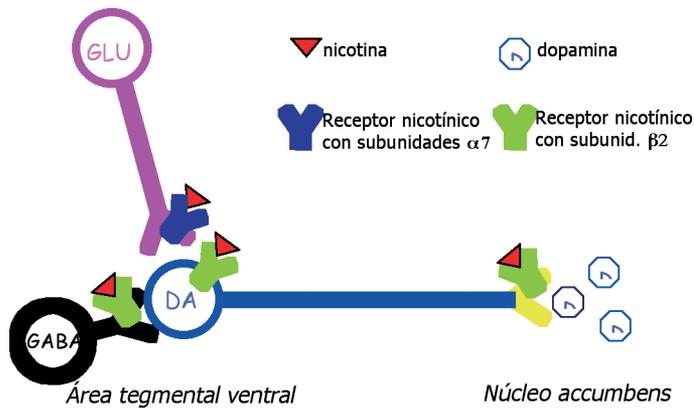
Vista cenital simplificada de un RN (ACh: acetilcolina o lugares de fijación de nicotina).



*Densidades de subunidades nicotínicas en el área tegmental ventral (se observa mayores densidades de las subunidades  $\alpha 4$  y  $\beta 2$ ).*

En las células, los RN se ubican en los cuerpos celulares y axones de los sistemas de neurotransmisión mayores, participando en la regulación de la liberación de neurotransmisores como catecolaminas, glutamato, GABA y acetilcolina.

Las mayores densidades cerebrales de RN se encuentran en corteza, tálamo y núcleo interpeduncular; densidades sustanciales se localizan también en amígdala, septo, núcleos motores del tronco del encéfalo y *locus coeruleus*.

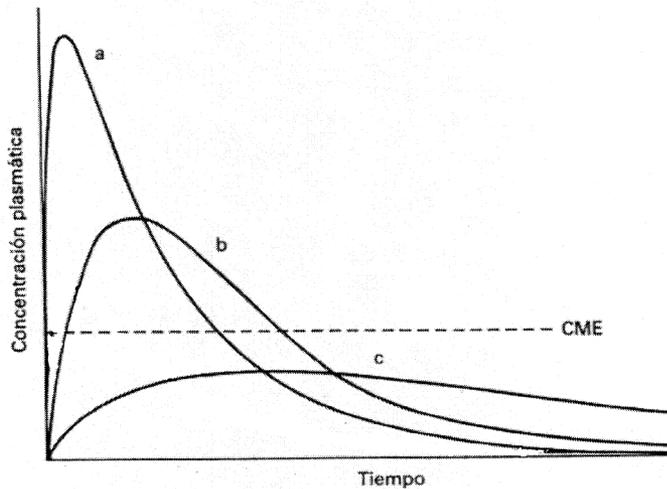


## Anexo 16. Principios farmacocinéticos en adicciones

Para que una sustancia –la nicotina, en concreto– ejerza acciones reforzadoras debe llegar a cerebro, debe poder atravesar la barrera hemato-encefálica. Para ello es necesario que la molécula pase fácilmente las membranas celulares, lo cual sólo se consigue si la sustancia es muy liposoluble. Como regla general, la adictividad de una sustancia tiende a ser directamente proporcional a su liposolubilidad.

Por una ley farmacocinética general, en igualdad de dosis administrada, cuanto más rápida sea la absorción de una sustancia, mayores son los niveles plasmáticos que se alcanzan y también más rápida es la subida y la caída de estos niveles. Por este motivo, la intensidad de los efectos de la nicotina –y, consecuentemente, su poder reforzador– dependerá de lo rápidos que se ocasionen estos, lo cual, a su vez, depende las características farmacocinéticas de la labor de tabaco consumida y de la vía de administración empleada.

Esto explica por qué los cigarrillos presentan una mayor adictividad (por vía inhalatoria sus efectos son más rápidos y más intensos) y una mayor toxicidad (se alcanzan mayores nicotinemias por menor irritación local). También explica por qué se añaden sustancias básicas, como el amoniaco, a los cigarrillos (las bases en medio básico están menos disociadas y pasan mejor barreras).



*Curso temporal de los niveles plasmáticos de una sustancia según su velocidad de absorción ( $a > b > c$ ). La velocidad de absorción depende fundamentalmente de la vía de administración y la liposolubilidad del preparado. Cuanto mayor sea la velocidad de absorción, se alcanzan mayores niveles plasmáticos, y más rápidamente, lo que aumenta la adictividad (CME: concentración mínima eficaz). En el presente ejemplo podrían ser: a) los cigarrillos; b) el tabaco de mascar; c) los parches de nicotina.*

## Anexo 17. Tabaco y diferencias entre sexos

El tabaco no afecta diferenciadamente a mujeres y varones: en ambos sexos es similarmente tóxico y similarmente adictivo; los mecanismos de incorporación al consumo y los de deshabitación son relativamente similares. Pese a ello, se aprecian diferencias que pueden tener relevancia preventiva y terapéutica.

Enfoque de género implica reconocer que, por las circunstancias que sean, varones y mujeres se ven afectados de una manera distinta –y consecuentemente reaccionan también de un modo diferente– por un determinado problema. En el campo sanitario el enfoque de género permite un mejor diagnóstico –y por ello un mejor abordaje– de las circunstancias concretas que afectan a la salud, a la enfermedad, a la manera de enfrentarse a ellas y a las consecuencias que de ellas se derivan. El enfoque de género es especialmente relevante en los trastornos conductuales (donde se encuadran las adicciones), ya que, sea por circunstancias genéticas, hormonales o ambientales, es en la conducta donde mayores diferencias se observan entre mujeres y varones.

La promoción del tabaco es casi siempre género-específica, lo que indica que muy probablemente la prevención también debería serlo. Convertirse en fumador(a) es un proceso complejo, que se encuentra intrínsecamente relacionado con diversos motivos sociales e individuales.

La mayoría de los jóvenes empiezan a fumar por diversas razones, que suelen ser hábilmente explotadas por los promotores del consumo de cigarrillos; entre éstas se encuentran: a) estímulo y desafío (rebelión contra los padres o la sociedad, curiosidad, emoción); b) formación de la propia identidad y necesidad de autoestima (sentirse bien, parecer más adulto, moderno y/o sociable; en el caso de las chicas tener mejor apariencia, ser delgada y atractiva); c) pertenencia a un grupo (necesidad de recibir aprobación y aceptación, y de evitar desaprobación o rechazo).

Entre los factores socioculturales que influyen en el consumo de tabaco de los adolescentes se encuentran: 1) la aceptabilidad social, que aún permanece como elemento de riesgo en los varones y de protección en las mujeres en diversas culturas; 2) la influencia de los progenitores, mayor en el caso de las chicas, y 3) la influencia de los amigos, que se considera similar entre varones y mujeres.

Entre los factores específicos de género que pueden ser especialmente relevantes para el abordaje del consumo de tabaco se encuentran los que hacen énfasis en la gestión del propio estilo de vida, en la percepción y afrontamiento del estrés y en la repercusión del control del peso:

1) En general, las mujeres tienden más a asociar la conducta de fumar con estados de ánimo negativos (tristeza, ansiedad, soledad, incertidumbre...), aspecto que conviene que sea abordado a la hora del tratamiento.

2) Las consecuencias –objetivas y subjetivas– de un potencial incremento de peso asociado a la cesación suelen ser mayores en mujeres que en varones. Por ello, en ellas suele ser más relevante: 1) analizar hasta qué punto el tabaco es utilizado cómo mecanismo de control del apetito o del peso; 2) estudiar la ganancia de peso que se está dispuesta a asumir, temporal o definitivamente; 3) intentar reestructurar determinadas ideas desadaptativas al respecto (lo que es *lo normal*); 4) desarrollar, si es factible, estilos de vida más saludables, que incluyan más ejercicio y una alimentación más sana.

## Anexo 18. Listado de direcciones útiles

[www.sedet.es](http://www.sedet.es) La página de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo es la página de tabaco en castellano más visitada en la web.

[www.cnpt.es](http://www.cnpt.es) Página oficial del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

[www.gat-semfyc.com](http://www.gat-semfyc.com) Página sobre tabaco para profesionales de atención primaria de la SEMFYC.

[www.msps.es](http://www.msps.es) Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Contiene, entre otros aspectos interesantes, las diversas Encuestas Nacionales de Salud y del Plan Nacional Sobre Drogas.

[www.nofumadores.org](http://www.nofumadores.org) Asociación de fumadores pasivos que defiende el derecho a vivir sin humo de tabaco.

[www.cmtabacos.es](http://www.cmtabacos.es) Comisionado del Mercado de Tabacos. Organismo regulador del mercado de tabacos en España. Se creó al abolir el antiguo Monopolio; depende del Ministerio de Economía y Hacienda.

[www.tobacco-control.org](http://www.tobacco-control.org) Recursos en control del Tabaco, sobre todo para médicos.

[www.fctc.org](http://www.fctc.org) Página sobre el *Convenio Marco del Control del Tabaco* elaborada por la Aliance de ONGs en apoyo del Convenio (FCA, *Framework Convention Alliance*).

[www.who.int/tobacco/en/](http://www.who.int/tobacco/en/) Esta es la página web de la Organización Mundial de la Salud en lo que se refiere a tabaco (*Tobacco-Free Initiative*).

[www.cdc.gov/tobacco/](http://www.cdc.gov/tobacco/) Página del Centro de Control de Enfermedades, a la que remite el Departamento de Salud de EEUU.

<http://www.surgeongeneral.gov/library/> Página en la que pueden encontrarse los informes de Salud Pública del *U.S. Surgeon General*.

[www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net) Página independiente sobre tratamientos.

[www.globalink.org](http://www.globalink.org) La mayor red internacional de interesados en control de tabaco.

[www.tobaccofreekids.org](http://www.tobaccofreekids.org) Página con galería de anuncios y muchas otras actividades.

[www.srnt.org](http://www.srnt.org) Página oficial de la Society for Research on Nicotine and Tobacco.

[www.ash.org](http://www.ash.org) Página de Action Smoking and Health, prototipo de movimiento de *advocacy*.

Otras páginas:

[www.tobaccoinstitute.com](http://www.tobaccoinstitute.com)

[www.tobaccoarchives.com](http://www.tobaccoarchives.com)

[www.tobaccowars.com](http://www.tobaccowars.com)

[www.nicotinaweb.info](http://www.nicotinaweb.info)

[www.quitnet.com/library/guides/quitnet/spanish](http://www.quitnet.com/library/guides/quitnet/spanish)

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrahams DB, Niaura R, Brown R et al. (2003) *The tobacco dependence treatment handbook*. The Guilford Press, Nueva York.
- American Pshychiatric Association (2001) *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina*. Ars Medica, Barcelona 2001.
- Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM (2006) *Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios*. INGESA-CAC, Ceuta.
- Ayesta FJ, Rodríguez M (2007) *Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina*. Manual PIUFET nº 1, Santander.
- Ayesta FJ, Rodríguez M, Santamaría J (2008) Farmacodependencias. En J. Flórez et al. (ed), *Farmacología Humana*, 5ª ed., Masson, Barcelona, pp: 663-90.
- Bader P, McDonald P, Selby P (2009) An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of internacional experts. *Tob Control* 18:34-42.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T (2008) Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD006103.
- Esteban A, Olano E (2008) *Guía para el abordaje del tabaquismo en grupos de pacientes desde Atención Primaria*. Consejería de Salud C.A. de Ceuta - Ingesa.
- Etter JF, Stapleton JA (2006) Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-anlysis. *Tob Control* 15: 280-85.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A et al. (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347-60.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. (2008) *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: USDHHS Public Health Service.
- Foley KF, DeSanty KP, Kast RE (2006) Bupropion: Pharmacology and therapeutic applications. *Expert Rev Neurother* 6: 1249-65.
- Fransson C, Wennstrom J, Berglundh T. (2008). *Clinical characteristics at implants with a history of progressive bone loss*. *Clin Oral Implants Res* 19,2:142-7.
- Gandini S, Botteri E, Iodice S et al. (2008) *Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis*. *Int J Cancer* 122,1:155-64.
- Henningfiel JE, Shiffman S, Ferguson SG, Gritz ER (2009) Tobacco dependence and withdrawal: science base, challenges and opportunities for pharmacotherapy. *Pharmacol Ther* 123: 1-16.
- Hinode D, Tanabe S, Yokohama M et al. (2006). *Influence of smoking on osseointegrated implant failure: a meta-analysis*. *Clin Oral Implants Res*,17,4:473-78.

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T (2007) Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD000031.
- Kibayashi M, Tanaka M, Nishida N et al. (2007). *Longitudinal study of the association between smoking as a periodontitis risk and salivary biomarkers related to periodontitis*. *J Periodontol* 78,5:859-67.
- Márquez FL y Ayesta FJ, eds (2008) *Manual de tabaquismo para estudiantes de Ciencias de la Salud*. Junta de Extremadura CSD-SES.
- McClure JB, Swan GE (2006) Tailoring nicotine replacement therapy: rationale and potential approaches. *CNS Drug* 20: 281-91.
- Mesa F, Muñoz R, Noguerol B et al (2008). *Multivariate study of factors influencing primary dental implant stability*. *Clin Oral Implants Res*, 19,2:196-200.
- NICE (2005) Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. *NICE technology appraisal guidance* No 39.
- NICE (2007) Varenicline for smoking cessation. *NICE technology appraisal guidance* 123.
- NICE (2008) Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women, and hard to reach communities. *NICE public health guidance* 10.
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Informe sobre la epidemia global del tabaco 2008*. WHO, Ginebra.
- Otero M, Ayesta FJ (2005) *Claves para librarse del tabaco*. Arguval, Málaga.
- Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P (2009) Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD006219.
- Rodríguez M, Ayesta FJ (2009) Por qué y cómo abordar el consumo. *En Guía práctica de abordaje del consumo de tabaco*, Pfizer.
- Rodríguez-Lozano F (2007) Consumo de tabaco y patología odonto-estomatológica. En Jiménez CA y Fagerström KO (eds) *Tratado de tabaquismo*, Ergon, pp: 155-63.
- Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J (2009) *The Tobacco Atlas*, 3ª ed. American Cancer Society - World Lung Foundation, Atlanta.
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T (2008) *Physician advice for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD000165.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T (2008) *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD000146.
- Strietzel FP, Reichart PA, Kale A et al. (2007) *Smoking interferents with the prognosis of dental implant treatment: a systematic review and meta-analysis*. *J. Clin Periodontol* 34,6:523-44.

- U.S. Department of Health and Human Services (2006) *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke*. A report of the Surgeon General. CDC-OSH, Atlanta.
- Wagena EJ, Knipschild P, Zeegers MP (2005) *Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis*. *Addiction* 100: 317-26.
- Warnakulasuriya S. (2009) *Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer*. *Oral Oncol*;45:309-16-
- West R (2006) *Theory of addiction*. *Blackwell Publishing-Addiction Press*, Oxford.