

S. García Bellosta  
E. Chimenos Küstner  
J. López López

## Actitud del odontólogo ante el hábito tabáquico

Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.

### Correspondencia:

Dr. Eduardo Chimenos Küstner  
Vía Augusta 124, 1<sup>a</sup> 3<sup>a</sup>  
08006 Barcelona

### RESUMEN

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública de los países desarrollados. A pesar de la extensa evidencia clínica y epidemiológica de sus efectos adversos sobre la salud oral y general, el abandono del tabaco no sigue una progresión nada alentadora. Durante los últimos años ha crecido el reconocimiento del importante papel del equipo odontológico en el cese del hábito tabáquico de sus pacientes. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la evidencia existente sobre la efectividad de los programas de cese del hábito tabáquico desarrollados en la práctica odontológica, presentando estrategias y protocolos de actuación propuestos en los últimos años, para poder establecer una sistemática de actuación sobre los pacientes aplicable a la clínica diaria, que resulte factible y efectiva. Para ello se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre programas de cese del hábito tabáquico a nivel odontológico, así como de protocolos de actuación propuestos en los últimos años para estas intervenciones. Este trabajo concluye que existe una considerable evidencia

científica que respalda la eficacia de los programas para el cese del hábito tabáquico aplicados en odontología. Se trata de intervenciones conductuales breves, que pueden complementarse con terapias farmacológicas, y de las que debe ser participe todo el equipo odontológico.

### PALABRAS CLAVE

Tabaco; Tabaquismo; Dejar de fumar; Terapias de sustitución de nicotina; Bupropión.

### ABSTRACT

*Smoking represents a major public health problem in developed countries. In spite of the overwhelming clinical and epidemiological evidence of the adverse effects of smoking on both general and oral health, the tobacco quitting progression is not encouraging. During the last years has increased the recognition of the important role of the dental team in smoking cessation of their patients. The aim of this paper is to review the current evidence about the effectiveness of*

*smoking cessation programs developed in dental practice, presenting strategies proposed recently to provide a step-by-step approach that can be used in the daily practice and results effective in smoking cessation of the patients. A bibliographic search has been performed about issues surrounding smoking prevention and cessation interventions in dental practice, and useful guidelines for these interventions. This paper concludes that there is considerable scientific evidence on the efficacy of smoking cessation programs applied in a dental level. These programs consist on brief behavioural interventions that can be complemented with adjunctive pharmacotherapy, and in which should be involved all the dental team.*

#### **KEY WORDS**

*Smoking; Smoking cessation; Tobacco use cessation; Nicotine replacement therapy; Bupropion.*

#### **INTRODUCCIÓN**

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública de los países desarrollados. El tabaco causa cada año más de 55.000 muertes en España entre la población mayor de 35 años, lo que significa que una de cada seis muertes (una de cada cuatro en hombres y una de cada 40 en mujeres) son atribuibles al tabaco. Más aún, una de cada cuatro defunciones asociadas al tabaquismo son muertes prematuras ocurridas antes de los 65 años<sup>(1)</sup>. Hay una extensa evidencia clínica y epidemiológica sobre los efectos adversos del tabaco sobre la salud general y sobre la salud oral en particular. A pesar de esto, el abandono del tabaco no sigue una progresión nada alentadora. La prevalencia de fumadores en España es una de las más altas de la Unión Europea. En 1997, un 34,4% de los mayores de 15 años fumaban: un 40% de los hombres y un 27% de las mujeres. Si bien los hombres presentan una disminución progresiva del consumo, en las mujeres y en los adolescentes no se obser-

va este descenso, produciéndose incluso un aumento en el consumo<sup>(2)</sup>. En 1996, la OMS estableció como una de sus grandes prioridades luchar contra esta preocupante situación en un documento llamado «La epidemia del tabaco - una emergencia de salud pública global». Durante los últimos años ha crecido el reconocimiento del papel especial de odontólogos e higienistas en el cese del hábito tabáquico de sus pacientes, de manera que se considera una oportunidad, e incluso una responsabilidad de los mismos, el implicarse en la prevención y cese del hábito tabáquico<sup>(3)</sup>.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la evidencia existente sobre la efectividad de los programas de cese del hábito tabáquico desarrollados en la práctica odontológica, presentando estrategias y protocolos de actuación propuestos en los últimos años, con el objetivo de extraer la información necesaria para establecer una sistemática de actuación aplicable a la clínica diaria de nuestro país que resulte efectiva en la prevención y cese del hábito tabáquico entre los pacientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó una búsqueda electrónica en MEDLINE y en el registro de revisiones sistemáticas de Cochrane, usando palabras clave para identificar estudios controlados, revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados desde 1990 hasta 2004, que evaluaran la efectividad de las intervenciones sobre el tabaquismo aplicadas a nivel individual en el campo biomédico y especialmente en el ámbito odontológico. Asimismo se revisaron los protocolos propuestos en los últimos años enfocados a actividades de prevención y cese del hábito tabáquico en la práctica odontológica diaria.

#### **TABACO Y ENFERMEDADES ORALES**

Existe una amplia y consistente evidencia de los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud oral<sup>(4, 5)</sup>. Cabe destacar: asociación de tabaco y procesos de pre-

**534** cáncer y cáncer oral, mayor gravedad de las enfermedades periodontales en los fumadores, influencia negativa del tabaquismo en el éxito de ciertos tratamientos odontológicos, como la terapia periodontal, tratamientos quirúrgicos o la colocación de implantes dentales<sup>(6, 7)</sup>.

El consumo de cigarrillos es un factor modificador mayor del riesgo de periodontitis, de manera que se considera al tabaquismo el factor pronóstico más importante a largo plazo en periodoncia. Se ha demostrado una asociación positiva y repetida entre el hábito de fumar y la pérdida de inserción periodontal, tanto en estudios transversales como longitudinales<sup>(8-10)</sup>.

El tabaco es, con diferencia, el factor de riesgo para cáncer oral más importante. Hay una fuerte relación dosis-respuesta entre el hábito de fumar tabaco y el desarrollo de precáncer y cáncer oral<sup>(11-13)</sup>. Los fumadores de cigarrillos tienen de 5 a 20 veces más riesgo de presentar cáncer orofaríngeo que los no fumadores, siendo el segundo cáncer atribuible al tabaco después del de pulmón<sup>(12, 14)</sup>. Otras alteraciones orales relacionadas de alguna forma con el hábito tabáquico son candidiasis, liquen plano, palatitis nicotínica, melanososis del fumador, leucoedema, úlceras aftosas recidivantes, queilitis (labio del fumador) o fibrosis oral submucosa, así como alteraciones salivales, de gusto y olfato, tinciones dentarias y halitosis<sup>(4, 5)</sup>.

## **EVIDENCIA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE CESE DEL HÁBITO TABÁQUICO**

Existe una amplia y consistente evidencia de la efectividad de las medidas preventivas y las intervenciones para el cese del hábito tabáquico<sup>(15)</sup>. Se han alcanzado, mediante estas actuaciones, porcentajes de abandono del hábito tabáquico del 4,8% al 16,9%<sup>(16)</sup>. Una revisión realizada por Raw y cols.<sup>(17)</sup> sobre intervenciones llevadas a cabo por profesionales de la salud, refleja tasas de abandono en relación a las tasas de abandono espontáneo que oscilan alrededor de un 1,5% al año. Se observa que un consejo muy breve, de menos de 3 minutos de duración, por parte de un

profesional sanitario ayudará a dejar de fumar a aproximadamente el 2% de los fumadores (unas 63.000 personas en el Reino Unido). Una actuación más intensiva, de hasta 10 minutos de duración, y el suplemento de una terapia de sustitución de nicotina (TSN), supondría el cese del hábito para unas 190.000 personas en el Reino Unido, si se extendieran estas actuaciones a todos los profesionales de la odontología. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos realizó en el año 2000 una revisión y meta-análisis (evidencia tipo 1) de los estudios existentes sobre estas estrategias. Los resultados mostraron que las intervenciones realizadas por médicos favorecían la tasa de abstinencia de los pacientes. Sin embargo, también mostraron resultados positivos si las intervenciones las realizaban psicólogos, enfermeras o dentistas. Siempre fue mejor el resultado obtenido cuanto mayor fuera el tiempo invertido por el profesional<sup>(18)</sup>. En un estudio reciente realizado en el Reino Unido utilizando estas estrategias se consiguió un porcentaje de abandono del hábito de un 11% a los nueve meses<sup>(19)</sup>.

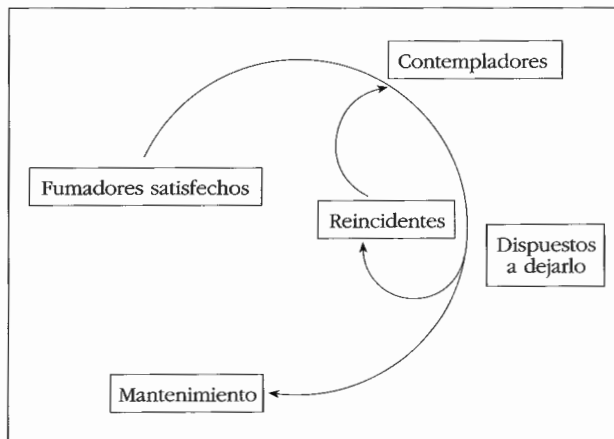
El papel de los profesionales de la odontología en la prevención y cese del hábito tabáquico de sus pacientes no se había tenido en cuenta hasta hace 15-20 años. En varios países se han desarrollado en los últimos años intentos para incorporar intervenciones contra el tabaquismo en la rutina diaria de la práctica odontológica<sup>(20)</sup>. Aunque los trabajos aplicados al ámbito odontológico son más escasos y recientes que en otras áreas médicas, las tasas de éxito son comparables, de manera que se consideran intervenciones efectivas<sup>(21)</sup>. A pesar de la evidencia existente y de la idoneidad de las clínicas dentales para la prevención y cese del hábito tabáquico, todavía son pocos los profesionales que aplican programas de este tipo en su práctica diaria. Las barreras principales son el tiempo y por tanto el coste que suponen, dudas sobre su efectividad y falta de recursos y de un entrenamiento adecuado del personal implicado<sup>(21)</sup>.

El amplio abanico de alteraciones orales relacionadas con el tabaco vincula estrechamente el trabajo diario del odontólogo con el tabaco. El equipo dental dispone de una situación privilegiada para actuar frente

al hábito tabáquico e identificar motivaciones del paciente para el cese del mismo, como los efectos tempranos y reversibles del tabaco en los tejidos orales (tinciones dentarias, halitosis, etc.)<sup>(21)</sup>. Las nuevas estrategias para luchar contra este hábito se enfocan en gran medida hacia jóvenes y mujeres embarazadas. Estos grupos suelen utilizar los servicios dentales con cierta regularidad, por lo que el equipo odontológico tiene una oportunidad única y privilegiada para aplicar en ellos programas de prevención y cese del hábito tabáquico<sup>(21)</sup>.

A pesar de lo expuesto, según West y cols., los pacientes que expresen interés en abandonar el hábito tabáquico deberían referirse a un especialista en servicios de cese de dicho hábito. Estos autores no consideran suficiente la evidencia existente sobre las terapias farmacológicas como para utilizarlas en programas desarrollados en la clínica dental. Esta posición difiere en gran medida de la tendencia de la mayor parte de investigaciones en los últimos años y de lo expresado por otros autores, como Ramseier, que facilita incluso pautas para la administración de estos fármacos<sup>(20, 22)</sup>. Según este autor, el tabaquismo es un asunto de suma importancia en salud pública, de manera que todos los profesionales de la salud deberían ser instruidos en el cese del hábito tabáquico. Así, el abandono del tabaco puede tener cabida en los modelos de prevención primaria, secundaria y terciaria de varias enfermedades orales y sistémicas<sup>(23)</sup>. Según Sandhu, los profesionales de la odontología deberían limitarse a realizar intervenciones breves y sesiones de asesoramiento a sus pacientes. Los grandes fumadores, particularmente aquellos con problemas emocionales y sociales graves, requerirán intervenciones conductuales intensivas y deberían ser referidos a psicólogos, psiquiatras, médicos de familia o especialistas en programas de abandono del tabaco<sup>(15)</sup>.

Aunque no es objetivo principal de este trabajo analizar las intervenciones a nivel poblacional, resulta importante tener en cuenta que estas estrategias (consejos médicos, campañas en los medios de comunicación, aumento del precio del tabaco, etc.) tienen un



**Figura 1.** Cambios conductuales en el proceso de fumar. (Modificado de Prochaska y DiClemente, 1983)<sup>(2, 20, 26)</sup>.

efecto sobre los intentos de dejar el tabaco de los individuos, pero es un efecto menor a largo plazo. Observaciones de este tipo refuerzan todavía más la importancia que adquieren los programas establecidos a nivel individual<sup>(24)</sup>. Hay evidencia considerable que apoya estas intervenciones, pero los datos sobre su relación coste-efectividad no son tan abundantes. Es necesario hacer análisis comunitarios sobre esta relación. En 1998 se evaluó este aspecto en un estudio realizado en el Reino Unido, y se concluyó que los programas para el cese del hábito tabáquico tiene más valor y mejor coste-efectividad que muchas otras intervenciones preventivas sanitarias<sup>(25)</sup>.

## ESTRATEGIAS PARA EL CESE DEL HÁBITO TABÁQUICO

La adicción a la nicotina debe ser entendida y tratada como una enfermedad crónica<sup>(15)</sup>. Cualquier profesional que quiera ayudar a un fumador a dejar el tabaco debe conocer las numerosas influencias que refuerzan el hábito de fumar (factores sociales, psicológicos y farmacológicos)<sup>(2, 15)</sup>. La dificultad de abandonar el hábito tabáquico radica en la dependencia, tanto emocional como física, que provoca. La depen-

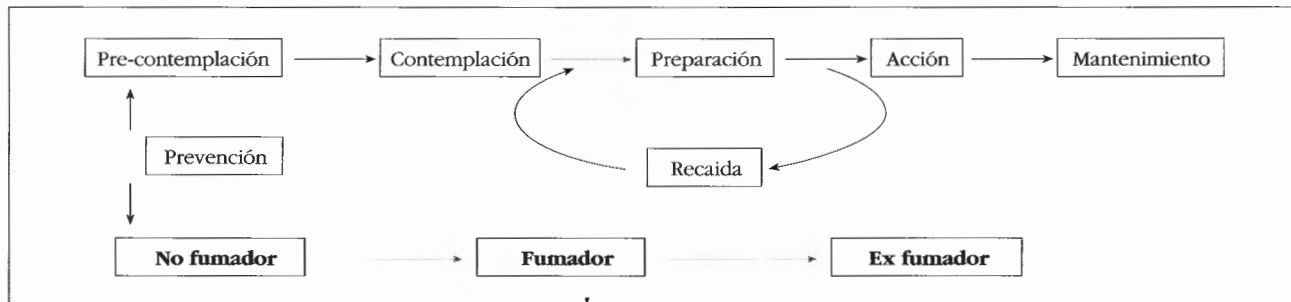


Figura 2. Prevenção para no fumadores (Ramseier 2003)<sup>(20)</sup>.

Tabla 1. Objetivos e intervenciones en cada una de las etapas del proceso (Sandhu, 2001)<sup>(15)</sup>

<i>Etapá</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Intervención</i>
Pre-contemplación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a empezar a pensar seriamente en dejar el tabaco en los próximos 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar qué piensa sobre el tabaco.</li> <li>• Preguntar sobre ventajas e inconvenientes de fumar</li> <li>• Avisar que no se le va a forzar a dejar el tabaco</li> <li>• Ofrecer información al paciente sobre el cese del hábito</li> </ul>
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a tomar la decisión de dejar el tabaco en un futuro cercano</li> <li>• Ayudar al paciente a sentirse más seguro de sí mismo</li> <li>• Sugerir una futura visita y ofrecer información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar sobre ventajas e inconvenientes de fumar</li> <li>• Ayudar reforzando las razones para cambiar y explorando nuevas</li> <li>• Sugerir disminuir el consumo o dejarlo un día</li> </ul>
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a prepararse para el cambio y empezar a usar las técnicas de cese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar sobre preocupaciones, preparaciones y lecciones aprendidas en intentos previos</li> <li>• Aconsejar mediante la identificación de barreras para el cese y la búsqueda de soluciones</li> <li>• Informar respecto el plan de acción, fecha de cese y terapia de sustitución de nicotina</li> </ul>
Acción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a los pacientes a no fumar y a reponerse de descuidos o recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar al paciente como lleva el proceso (recaídas, tentaciones, éxitos, TSN)</li> <li>• Aconsejar (prevención de recaídas, ganancia de peso, etc.)</li> <li>• Ayudar centrándonos en los éxitos; estimular la gratificación personal del paciente; generar soluciones a problemas</li> </ul>

dencia física se relaciona con la necesidad de los fumadores de mantener un determinado nivel de nicotina en sangre<sup>(2)</sup>.

El abandono del hábito tabáquico es un proceso, no es un hecho puntual. El objetivo de la intervención es ayudar a cada fumador a dar el siguiente paso en su particular proceso<sup>(2)</sup>. En dicho proceso se diferen-

cian varias fases, esquematizadas en las figuras 1 y 2. Más que presionar a los pacientes para alcanzar cambios inmediatos y radicales, el equipo odontológico debería intentar que el paciente pase de una fase a otra en las sucesivas visitas, para lo que Sandhu propone fijar unos objetivos para cada una de las fases mencionadas (Tabla 1)<sup>(15)</sup>.

Podemos definir a *fumadores satisfechos* como aquellos que no están preparados para dejar de fumar, que incluso no tienen la más mínima intención de hacerlo. Aun así, es posible ayudarles a dar el primer paso hacia el abandono del tabaco. Describimos a los *fumadores contempladores* como aquellos que en algún momento han considerado la posibilidad de dejar de fumar y que simplemente necesitan ayuda para ver más ventajas en el abandono del hábito que en su continuidad. Habrá fumadores que tras haber dejado de fumar, volverán a hacerlo, incluso en varias ocasiones. Estos son los *fumadores reincidentes*, a los que hay que hacer ver que cada intento es otro paso en el camino hacia el abandono definitivo<sup>(2)</sup>.

La mayor parte de los pacientes que intentan abandonar el tabaco recaen. Generalmente son necesarios varios intentos para conseguirlo definitivamente, de manera que las recaídas son a menudo una parte natural del proceso. Se debería animar a los pacientes a aprender de estas recaídas y a desarrollar estrategias para evitarlas en futuros intentos<sup>(15)</sup>.

Conviene crear en la consulta un ambiente sin tabaco, colocando letreros de «no fumar» en sitios estratégicos y facilitando folletos informativos en la sala de espera<sup>(15)</sup>.

Para que estas intervenciones sean efectivas requieren un abordaje en equipo. Todos los integrantes del equipo odontológico pueden jugar un papel importante y ser partícipes de estas estrategias con una breve formación<sup>(20, 21)</sup>. Un entrenamiento del equipo asegura que las estrategias de intervención sobre el hábito tabáquico sean estandarizadas y que todos los pacientes reciban el mismo mensaje del personal<sup>(15)</sup>. Dentista, auxiliar e higienista pueden dedicar hasta unos 5 minutos por visita, aunque se considera que el/la higienista puede desempeñar un papel mayor y dedicar entre 10 y 15 minutos<sup>(20)</sup>. En algunos casos puede ser necesario el apoyo y colaboración de otros profesionales (médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionista o profesional en programas de este tipo)<sup>(23)</sup>.

Es común en la mayor parte de la literatura actual sobre los programas de cese del hábito tabáquico en las clínicas dentales, usar como base del proceso el

**Tabla 2** Modelo de las 4A para estrategias de cese del hábito tabáquico<sup>(17)</sup>

<b>ASK (Preguntar)</b> Preguntar a todos los pacientes sobre el hábito de fumar
<b>ADVISE (Aconsejar)</b> Aconsejar a todos los fumadores que abandonen su hábito
<b>ASSIST (Ayudar)</b> Ayudar a los fumadores que deseen abandonar el hábito a dejar de fumar
<b>ARRANGE (Programar)</b> Programar su seguimiento

llamado *modelo de las 4 A* (Tabla 2)<sup>(2, 10, 17)</sup>. En algunos trabajos se habla ya de las 5A, añadiendo *Assess (valorar, evaluar)* a los 4 puntos reflejados en la tabla 2<sup>(20, 27)</sup>. Este modelo se desarrolló en 1998 para facilitar la implicación de los profesionales del ámbito odontológico en las actuaciones frente al tabaquismo<sup>(17)</sup> y se resume en los puntos descritos a continuación:

**Preguntar.** En cada visita se debe determinar el consumo de tabaco del paciente, analizando el tipo y cantidad del mismo. Sería útil diseñar un sistema para registrar estos datos en las historias<sup>(2, 17, 21)</sup>. Para ello Ramseier propone una hoja que puede ir adjunta al cuestionario de salud de las primeras visitas (Tabla 3). Debe describirse al paciente como fumador, no fumador o ex fumador reciente y anotar cualquier interés en dejar de fumar. Se pueden utilizar en este sentido preguntas como «¿Ha intentado dejar el tabaco?», «¿Está interesado en dejarlo ahora?»<sup>(2, 21)</sup>.

**Aconsejar.** Todo fumador (o todo paciente, según otros autores) debería recibir consejo sobre el valor que tiene dejar de fumar y el riesgo para la salud continuar haciéndolo. Los pacientes suelen tener clara la relación entre tabaco y cáncer de pulmón o enfermedades cardiovasculares, pero no tanto sobre su relación con las enfermedades orales<sup>(28)</sup>. El consejo debe ser claro, firme y personalizado<sup>(2, 17, 21)</sup>. En este sentido, Watt y Robinson proponen un listado de razones para dejar de fumar en función del tipo de

Tabla 3 Historia de tabaquismo (Ramseier, 2003)<sup>(20)</sup>

<b>1. Soy no-fumador</b>	<input type="checkbox"/> Nunca he fumado
	<input type="checkbox"/> He fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida
	<input type="checkbox"/> Sí, desde hace menos de 6 meses
	<input type="checkbox"/> Sí, desde hace más de 6 meses
<b>2. Soy fumador pasivo</b>	
a. ¿Cuántos cigarrillos fuman los miembros de su familia y/o sus amigos al día?	<input type="checkbox"/> Menos de 10
	<input type="checkbox"/> 10-20
	<input type="checkbox"/> 20-30
	<input type="checkbox"/> Más de 30
<b>3. Soy fumador</b>	
a. ¿Desde hace cuántos años?	Durante _____ años
b. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	<input type="checkbox"/> Menos de 10
	<input type="checkbox"/> 10-20
	<input type="checkbox"/> 20-30
	<input type="checkbox"/> Más de 30
c. ¿Está pensando en dejar pronto de fumar?	<input type="checkbox"/> No, realmente no
	<input type="checkbox"/> Estoy pensando en dejarlo en los próximos 6 meses
	<input type="checkbox"/> Estoy planeando enfrentarme a dejarlo en los próximos 30 días
d. ¿Cree que alguno de los problemas de salud que tiene tienen algo que ver con el tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No lo sé
e. ¿Cree que su salud se beneficiaría si dejara el tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No lo sé
f. ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Una vez
	<input type="checkbox"/> 2-4 veces
	<input type="checkbox"/> Más de 4 veces
g. Si ha intentado dejarlo alguna vez y no ha podido, ¿por qué ha empezado de nuevo a fumar?	<input type="checkbox"/> Fuerte ansiedad
	<input type="checkbox"/> Situaciones de estrés
	<input type="checkbox"/> Fumador social o bajo la influencia del alcohol
	<input type="checkbox"/> Otras situaciones
h. ¿Ha usado alguna vez productos de sustitución de nicotina?	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí: Chicles Parches Otros
<b>4. Datos personales</b>	
a. Edad	_____
b. Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

paciente, que puede ser de utilidad para enfocar esta fase<sup>(2)</sup>.

**Ayudar.** Si el fumador quiere dejar el tabaco se le debe ofrecer ayuda. Es posible hacerlo cubriendo ciertos puntos clave en 5 o 10 minutos<sup>(2, 17, 21)</sup>:

- Fijar una fecha para dejar de fumar por completo.
- Revisar experiencias anteriores del paciente.
- Planificar la estrategia para enfrentarse a los posibles problemas que surjan.
- Que el paciente implique a familia y amigos.
- Planificar qué va a hacer respecto al alcohol.
- Probar la terapia de sustitución de nicotina.

**Tabla 4** Hoja de auto-monitorización para 20 cigarrillos (Ramseier, 2003)<sup>(20)</sup>

Cig.	Hora	Lugar o actividad	Acompañado por	Modo o razón	¿Cuánto lo necesita?	Alternativa
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

- Diario de fumador. Completarlo un día en casa y un día en el trabajo (Tabla 4).

**Programar.** Es básico programar un seguimiento del paciente. Hay evidencia de que el porcentaje de fumadores que consiguen abandonar el hábito aumenta al doble cuando se mantienen contactos de seguimiento de forma rutinaria<sup>(2)</sup>. Se debe ofrecer una visita de seguimiento al cabo de una semana y en sucesivas ocasiones si es posible (lo facilitará la necesidad de acudir a la consulta por el tratamiento odontológico llevado a cabo paralelamente)<sup>(21)</sup>. Según Watt y Robinson, lo ideal sería ver a los pacientes 1-2 semanas después de la fecha en la que han decidido dejar de fumar. Durante estas visitas es útil monitorizar las actuaciones realizadas en hojas de registro como la propuesta por Ramseier (Tabla 5). La mayoría de los fumadores emprenden varios intentos de dejar de fumar antes de conseguirlo definitivamente (3-4 intentos por término medio), por lo que las recaídas son algo normal en el proceso<sup>(2)</sup>. Se debe hacer ver al paciente las recaídas como oportunidades para apren-

der y no como fracasos<sup>(21)</sup>. Para el caso de pacientes con varios intentos fallidos o con gran dependencia de la nicotina, se debe tener en cuenta la existencia de servicios especializados para el cese del hábito tabáquico, disponibles en la mayoría de países<sup>(21)</sup>.

### **Protocolo de prevención y cese del hábito tabáquico en la clínica odontológica**

Ramseier propone un método de prevención y cese del hábito tabáquico para su aplicación en la clínica dental, una aplicación práctica muy útil del proceso de las 4A citado previamente, y desarrollada en la tabla 4 con pequeñas modificaciones, diferenciando una fase de intervenciones de 5 minutos y una posterior de intervenciones de 10-15 minutos.

1. Se recomienda realizar rutinariamente una *historia de hábito tabáquico* mediante un sencillo cuestionario, tanto a los nuevos pacientes en la primera visita, como a los pacientes ya existentes (Tabla 3).



**Tabla 5 Hoja de registro para los pacientes fumadores: intervenciones (Ramseier, 2003)<sup>(20)</sup>**

Fecha de consulta	Intervención ¿Se ha aconsejado al paciente dejar el tabaco? (Sí, No)	Preguntar ¿Se ha preguntado por su deseo de dejar de fumar?	Folletos proporcionados (0-6. Diferentes tipos de folletos)						Información ¿Se ha informado sobre riesgos, ventajas del cese, proceso de retirada, etc.? (sí, no)	Motivación ¿Ha sopesado pros y contras? (sí, no)	Seguimiento ¿Se ha fijado la fecha de la próxima visita voluntaria? (sí, no)	Fecha de cese ¿Se ha fijado una fecha con el paciente? (sí, no)	Fármacos P = Parches CH = Chicles S = Aerosol nasal T = Tabletas I = Inhalador B = Bupropión	Mantenimiento ¿Se ha hablado con el paciente de las situaciones de riesgo de recaída? (sí, no)	Recaídas ¿Se ha hablado con el paciente del procedimiento si vuelve a fumar?
			0	1	2	3	4	5							

En ésta se diferencian varios estados: no-fumador, ex-fumador, fumador pasivo y fumador. Este cuestionario es un punto de partida para las intervenciones siguientes<sup>(20)</sup>.

Las estrategias usadas en estas intervenciones dependen del *nivel de adicción*, por lo que será importante reflejarlo en el citado cuestionario para definir si su adicción es leve (1-5 cigarrillos al día), moderada (más de 10 cigarrillos) o grave (más de 20 cigarrillos)<sup>(15)</sup>. Según Sandhu, cada nivel de adicción debería tratarse de forma diferente. Las intervenciones para cada nivel serían las siguientes<sup>(16)</sup>:

- Adicción leve: breve intervención conductual; terapia de sustitución de nicotina (TSN).
  - Adicción moderada: breve intervención conductual; TSN; farmacoterapia adjunta.
  - Adicción grave: breve intervención conductual; TSN; farmacoterapia adjunta; terapia conductual intensiva.
2. Se han desarrollado guías de actuación a partir de este punto, diferenciando intervenciones iniciales cortas (5 minutos) de otras posteriores más extensas (10-15 minutos) (Fig. 3)<sup>(20)</sup>, que tendrán el objetivo de llevar al paciente a dejar el hábito y pasar a una fase de mantenimiento. Lo ideal sería, por tanto,

que todo el personal del equipo odontológico estuviera preparado para poder aplicar el método de las 4A descrito con las anteriores preguntas para que los pacientes pasen de una etapa «precontemplativa» a una «fase de acción»<sup>(20)</sup>.

### MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA

Son pocos los fumadores que consiguen dejar el tabaco con éxito a largo plazo, por lo que se han desarrollado gran número de agentes farmacológicos que han demostrado ser capaces de duplicar las tasas de abandono del tabaco y, por tanto, se han recomendado como terapia de primera línea para el tratamiento de la dependencia de la nicotina. Entre ellas se incluyen las diversas formas de *terapias de sustitución de nicotina* (chicles, parches, pastillas, aerosoles nasales e inhaladores) y el *bupropión*. Otros agentes que han mostrado cierta eficacia en el aumento de las tasas de cese del hábito tabáquico son la *nortriptilina* y la *clonidina*. De todas formas, la mayoría de los trabajos al respecto coinciden en que estas terapias son siempre más efectivas en conjunción con terapia conductual<sup>(31)</sup>.

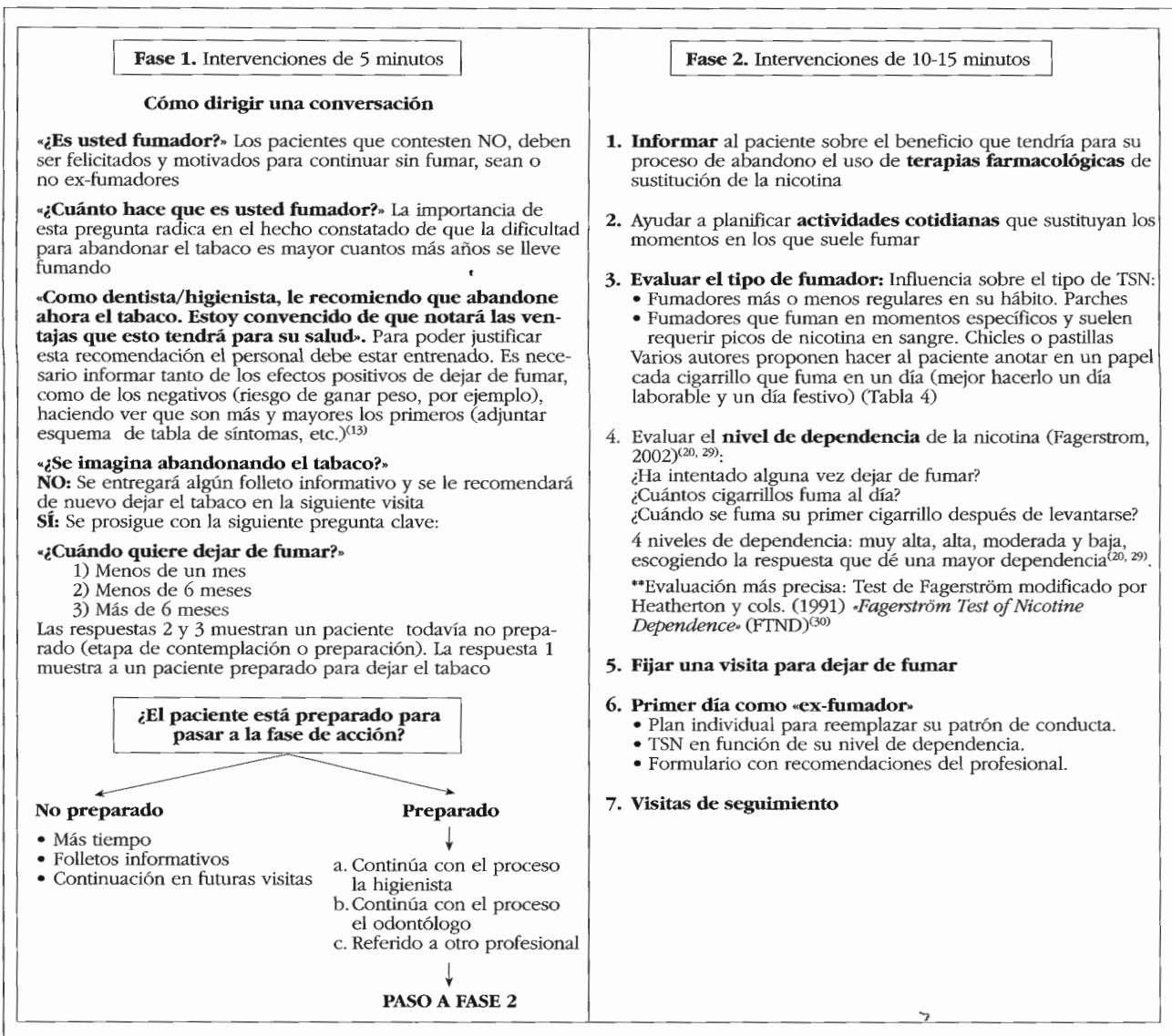


Figura 3. Protocolo para el cese del hábito tabáquico modificado de Ramseier<sup>(20)</sup>.

### Terapias de sustitución de nicotina (TSN)

El objetivo de la terapia de sustitución de nicotina es reemplazar la nicotina que contiene el tabaco, reduciendo así los síntomas de abstinencia asociados al cese del hábito tabáquico. La TSN permite duplicar, aproximadamente, el porcentaje de pacientes que con-

siguen abandonar el tabaco en comparación con los controles, independientemente de la intensidad del apoyo adicional<sup>(32)</sup>.

Una reciente actualización de la revisión sistemática llevada a cabo por Silagy y cols.<sup>(32)</sup> sobre estas terapias analizó la efectividad de las diferentes formas de TSN (chicles, parches, aerosoles nasales, inhala-

**Tabla 6 Tasas de abstinencia estimadas mediante meta-análisis para TSN en comparación con grupos placebo (U.S. Public Health Service 2000. AHRQ clinical practice guidelines)<sup>(18)</sup>**

<i>Farmacoterapia</i>	<i>Estudios (nº)</i>	<i>Fármaco</i> <i>Tasa de abstinencia estimada</i> <i>(I.C. 95%)</i>	<i>Placebo</i> <i>Tasa de abstinencia estimada</i> <i>(I.C. 95%)</i>
<b>Agentes de 1ª elección</b>			
Chicles de nicotina 2 mg	13	23,7	17,1
Parches de nicotina	13	17,7	10,0
Inhaladores de nicotina	4	22,8	10,5
Aerosol nasal de nicotina	3	30,5	13,9
Bupropión		30,5	17,3
<b>Agentes de 2ª elección</b>			
Nortriptilina		30,1	11,7
Clonidina		25,6	13,9

dores y pastillas de nicotina). Tras analizar 96 estudios controlados que compararon un grupo con TSN y un grupo control, hallaron una odds ratio de abstinencia de las TSN comparadas con los controles de 1,74 (95% I.C., 1,64-1,86). Las odds ratio para las diferentes formas de TSN fueron 1,66 para los chicles, 1,74 para los parches, 2,27 para el aerosol nasal, 2,08 para los inhaladores y 2,08 para las pastillas de nicotina. Estos resultados fueron independientes de la duración de la terapia, la intensidad del apoyo adicional o el marco en el que se ofreció la terapia. En fumadores muy dependientes se observó un beneficio significativo de los chicles de 4 mg respecto a los de 2 mg (odds ratio 2,67, 95% I.C. 1,69-4,22). La evidencia de que combinaciones de las diferentes formas sean más efectivas se consideró pobre. Se observó que altas dosis de parches de nicotina producían tasas de cese mayores. Solamente un estudio comparó las TSN con otra farmacoterapia y concluyó que el bupropión era significativamente más efectivo que los parches de nicotina y que el placebo<sup>(33)</sup>.

En la citada revisión se concluyó que todas las formas comerciales disponibles de TSN son efectivas, pues aumentan las tasas de abandono aproximadamente 1,5-2 veces. Esta efectividad se mostró independiente de la intensidad de la ayuda adicional ofrecida al fumador. La provisión de niveles más intensos

de soporte adicional se consideraron beneficiosos, pero no esenciales, en el éxito de la TSN<sup>(32)</sup>.

**Chicles de nicotina:** fue la primera forma de dosificación de nicotina disponible y es por tanto la mejor estudiada. Tras los resultados del meta-análisis más reciente sobre este producto (Tabla 6), la *Agency for Healthcare Research and Quality* de Estados Unidos (AHRQ) consideró los chicles de nicotina como una terapia de primera línea para los desórdenes de consumo de tabaco. Se encuentran disponibles en dosis de 2 y 4 mg (Tabla 7). Ambas han mostrado efectividad, aunque los chicles de 4 mg parecen más efectivos para fumadores con elevada dependencia e incluso los de 2 mg más efectivos que los de 4 para pacientes con dependencia baja. Aunque se recomienda su uso durante 3 meses, un 10-25% de los fumadores que se abstienen con éxito siguen usándolos durante un año o más. Los riesgos de esta práctica son mínimos, insignificantes al lado de los generados por el tabaco<sup>(31)</sup>.

**Parches de nicotina:** es la forma más fácil de utilizar. Existen diferentes dosis, pero se debería utilizar la dosis mayor, excepto en fumadores de menos de diez cigarrillos diarios<sup>(2)</sup>. Su eficacia ha sido objeto de estudio en muchos ensayos clínicos y meta-análisis. El más reciente, reflejado en la tabla 6, mostró una odds ratio de 1,9 (95% CI: 1,7-2,2) y tasas de cese del 17,7% (10% para el grupo placebo)<sup>(18)</sup>.

**Tabla 7** Recomendaciones para las terapias farmacológicas de primera línea<sup>(18,20,31)</sup>

Fármaco	Pico plasmático	Posología	Duración recomendada	Efectos adversos	Consideraciones
Chicles de nicotina	30 min <sup>(18)</sup>	Dependencia: • Alta o muy alta: Dosis de 4 mg • Moderada o baja: Dosis de 2 mg 1 unidad cada 1-2 horas <sup>(18)</sup> 8-12 chicles diarios (máximo 15)	3 meses	Molestias orales, dispepsia <sup>(31)</sup> , dolor articular	Masticar lentamente 10s, mantener un 1min en vestíbulo, masticar de nuevo 10s y de nuevo 1min en el vestíbulo Repetir el proceso 30 minutos
Parches de nicotina	4-10 h. Se mantiene estable 7-8 h <sup>(20, 31)</sup>	Un parche diario, de 16 o 24 h <sup>(31)</sup> • 16 h. Se retira al acostarse. • 24h. Si grandes dependencias al levantarse. Dependencia moderada, alta o muy alta. 1 mes 15 mg/16 horas diarias 1 mes 10 mg/16 horas diarias 1 mes 5 mg/16 horas diarias	2-3 meses, según el autor <sup>(20,31)</sup>	Reacciones cutáneas, insomnio	• Pegar el parche en la piel (limpia y seca) por la mañana • Aplicar presión 10-15s • Retirar el parche al acostarse • Aplicar el parche cada día en una zona distinta (brazo, pecho o cadera)
Pastillas sublinguales de nicotina		Dependencia alta o muy alta 2 mg cada 1-2 horas 2 pastillas cada vez o en combinación con un parche 8-12 pastillas diarias (máx. 24)	3 meses	Dolor de estómago si se ingiere	Colocar la pastilla sublingual y dejar disolver 30 min En grandes dependencias combinar con otra TSN
Inhalador de nicotina		Cartuchos de 10 mg de nicotina (equivalente a 5 cigarrillos) 6-12 cartuchos/día durante 8 semanas. Tras 8 semanas se reduce a la mitad y luego a cero.	3 meses	Irritación de boca o garganta, rinitis	En grandes dependencias combinar con parches o chicles
Aerosol nasal de nicotina	5 minutos	Dependencia alta o muy alta 8 dosis diarias 1-2 dosis/hora si es necesario Máximo 3 dosis/hora o 40 dosis diarias	3 a 6 meses (se aconseja no sobrepasar los 6 meses) <sup>(31)</sup>	Irritación nasal, estornudos, lagrimeo, cambios olor o gusto	Hacer un uso regular. 1 aerosol contiene 0,5 mg de nicotina (200 dosis aprox.) No demasiado bien tolerado
Bupropión (Zyntabac®)		Iniciar con 3 días 150 mg diarios. A partir del 4º día 2 tomas diarias de 150 mg	7 a 12 semanas <sup>(31)</sup>	Boca seca, dolor de cabeza, insomnio, agitación, temblor <sup>(31)</sup>	Generalmente bien tolerado

**Inhaladores de nicotina:** facilitan una absorción más rápida de nicotina que los otros productos, pero puede ser difícil acostumbrarse a ellos, porque pueden irritar la nariz<sup>(2)</sup>. Se aconseja una inhalación cada vez que el paciente se habría fumado un cigarrillo. Aquí radica una de sus mayores ventajas potenciales, pues es la forma que mejor se adapta a los aspectos conductuales del hábito tabáquico<sup>(31)</sup>.

**Aerosol nasal:** pueden resultar útiles en fumadores con gran adicción, que no han solucionado su ansiedad con los otros productos de TSN<sup>(2)</sup>. Esta es la forma más rápida de absorción de nicotina, solamente superada por el humo inhalado de un cigarrillo (pico plasmático a los 5 minutos), pero también la forma con mayores efectos adversos. Más del 75% de los pacientes refieren irritación nasal u otras molestias<sup>(31)</sup>.

544 Según Watt y Robinson, hay tener en cuenta algunos aspectos cuando hablamos de TSN<sup>(2)</sup>:

- La TSN duplica la probabilidad de tener éxito en fumadores que quieren dejar de fumar.
- La TSN no es un remedio mágico, pero ayuda a superar las ansias y los síntomas de abstinencia tras dejar de fumar.
- Aunque aporta nicotina, no contiene alquitrán ni monóxido de carbono y es más segura y menos adictiva que los cigarrillos.
- Pocos fumadores se vuelven adictos a la TSN, aunque algunos la utilizan durante un año o más.
- Para obtener los mejores resultados se debería utilizar en cantidades suficientes y durante períodos suficientemente largos.

### Bupropión

La terapia mediante bupropión era, a finales de 2002, la única medicación no nicotínica aprobada en los Estados Unidos como ayuda para el cese del hábito tabáquico. Se trata de un antidepresivo, cuya eficacia en programas de abandono del tabaco ha sido confirmada en varios estudios controlados<sup>(33-35)</sup>. Hurt y cols. hallaron que los efectos del bupropión eran dosis-dependientes, siendo la dosis de 300 mg diarios la más efectiva (tasas de abandono del tabaco, 6 semanas después del cese, significativamente mayores, con  $p < 0,001$ , que los que recibieron placebo  $-24,4\%$  y  $10,5\%$  respectivamente). Las tasas para dosis de 100 y 150 mg fueron  $13,7\%$  y  $18,3\%$  respectivamente. Jorenby y cols.<sup>(33)</sup> compararon el bupropión, los parches de nicotina y una combinación de ambos, y hallaron que las tasas de cese a las 4 semanas eran mayores en todos los grupos que en el placebo. Debido a la documentada eficacia de este fármaco, las guías de práctica clínica de la AHRQ lo consideran una farmacoterapia de primera línea<sup>(18)</sup>.

### Agentes de segunda línea

**Nortriptilina:** antidepresivo tricíclico cuya eficacia en programas de abandono del tabaco ha sido eva-

luada en varios estudios, dos de ellos controlados y a doble ciego<sup>(36, 37)</sup>. En ambos aumentaron significativamente las tasas de abandono del tabaco en comparación con el grupo placebo. El hecho de que esta no sea una de sus indicaciones específicas y sus efectos secundarios la sitúan como una opción farmacológica de segunda línea<sup>(31)</sup>.

**Clonidina:** se trata de un agonista adrenérgico alfa2 comúnmente utilizado como antihipertensivo. Tres meta-análisis han evaluado los estudios existentes al respecto (hasta el año 2002). Los dos primeros concluyeron que ayudaba a aumentar las tasas de abandono<sup>(38, 39)</sup>. En el mismo sentido el meta-análisis que sirvió como base para las recomendaciones de la AHRQ concluyó que este fármaco aumentaba las tasas de abandono en gran medida al compararlo con un placebo (*odds ratio* estimada de 2,1; 95% C.I.: 1,4-3,2). A pesar de haber sido extensamente estudiado, su papel en los programas de cese del hábito tabáquico no está claro<sup>(31)</sup>.

**Medicaciones combinadas:** a pesar de los documentados efectos beneficiosos de las TSN o el bupropión, las tasas de abandono del tabaco al cabo de un año rara vez sobrepasan el 25-35%. Para tratar de aumentar estas tasas, se combinan formas distintas de TSN o una forma de TSN con bupropión. Varios estudios han combinado los parches de nicotina con una de las otras formas de TSN, de manera que el parche aporta un nivel basal de nicotina complementado en momentos puntuales de mayor ansiedad con una dosis adicional. Las tasas de cese son mayores a corto plazo y pueden serlo a largo plazo, en comparación con terapias simples<sup>(31)</sup>.

**¿Qué producto utilizar?** Las tasas de éxito son similares para las distintas presentaciones de los sustitutos de nicotina; por tanto la decisión irá en función de factores específicos del paciente, como las contraindicaciones y efectos colaterales del producto, las experiencias previas con estas medicaciones, las preferencias del paciente y la historia de hábito tabáquico (grado de dependencia). El uso de terapias combinadas debe reservarse para casos no exitosos con una terapia simple<sup>(31)</sup>. Todos estos productos se pue-

den adquirir en farmacia y su coste se asemeja al de 20 cigarrillos diarios<sup>(2)</sup>.

**¿Quién? Grupos poblacionales determinados:** según Fiore y cols.<sup>(18)</sup>, aunque las TSN son apropiadas para la mayor parte de los fumadores, se debería tener precaución con pacientes que hayan tenido un infarto de miocardio en las dos semanas previas, arritmias graves o angina de pecho. En cuanto a mujeres embarazadas, estudios a corto plazo han mostrado que los chicles de nicotina de 2 mg generan una exposición a nicotina menor que 20 cigarrillos diarios o que el uso de parches de 21 mg resulta en una exposición poco elevada a nicotina<sup>(40, 41)</sup>. Por tanto, el uso de TSN resultaría en una menor toxicidad para el feto que fumar, más aún por la no participación de otras sustancias perjudiciales, como el monóxido de carbono. Las recientes guías de la *AHRQ* recomiendan que se aplique a estas pacientes una terapia conductual y que si esta no es suficiente, se considere el uso de agentes farmacológicos. Como estas terapias no están exentas de riesgo para el feto, se recomienda monitorizar los niveles de nicotina de la paciente para así usar la dosis efectiva más baja posible. Se aconseja usar en estos casos productos de nicotina intermitentes, más que de liberación continuada<sup>(18, 31)</sup>.

## DISCUSIÓN

Es evidente, según los trabajos existentes en la literatura médica y odontológica, que las recomendaciones y estrategias de prevención del consumo de tabaco son efectivas si se aplican en el ámbito biosanitario, independientemente de si las introduce un médico, un odontólogo o un higienista dental. El equipo odontológico dispone de una posición privilegiada para identificar, de una forma precoz, los efectos del tabaco en la salud bucodental y facilitar consejo y asesoramiento a los pacientes fumadores y no fumadores sobre la necesidad de prevenir o abandonar el hábito tabáquico, a través de consejos y ayudas rápidas, simples y personalizadas.

Varios autores han presentado en los últimos años protocolos para intervenir, paralelamente a la terapéutica odontológica diaria, sobre el hábito tabáquico de los pacientes (Smith y cols.<sup>(19)</sup>, 1998; Watt y Robinson<sup>(2, 42)</sup>, 1999 y 2003; Fiore y cols.<sup>(18)</sup>, 2000; Watt y cols.<sup>(21)</sup> 2000; Sandhu<sup>(15)</sup>, 2001; Gelskey<sup>(43)</sup>, 2001; Kotlyar y Hatsukami<sup>(31)</sup>, 2002; Ramseier<sup>(20)</sup>, 2003; Watt y Daly<sup>(44)</sup>, 2003; West y cols.<sup>(22)</sup>, 2004). Algunos de los trabajos revisados adjuntan cuestionarios, pautas de actuación y consejos de gran utilidad para desarrollar las actividades presentadas, sin alterar la dinámica diaria de la consulta dental. En su mayor parte son protocolos que requieren poco tiempo y esfuerzo de los profesionales, si las intervenciones están correctamente protocolizadas y coordinadas. Durante la última década han crecido en calidad y en número los estudios relativos a la efectividad de estas intervenciones en las clínicas dentales<sup>(16-19)</sup>, de manera que está ampliamente aceptado que la aplicación de estos protocolos es una medida efectiva, con una relación coste-beneficio muy positiva<sup>(21, 25)</sup>.

A pesar de los esfuerzos hechos en los últimos años para implicar al personal odontológico en estas tareas, todavía son pocos los profesionales que las desarrollan en la práctica diaria. Algunos estudios destacan dos factores clave que limitan el desarrollo de estas intervenciones<sup>(21)</sup>: la falta de formación del personal odontológico y el coste en forma de tiempo, y por tanto económico de estas actuaciones. Sería interesante y necesario trabajar en busca de soluciones que permitan salvar estas barreras. La formación de los profesionales debería empezar en las universidades, y paralelamente en actividades de formación continuada, coordinadas desde los colegios profesionales. Para el problema del coste de las intervenciones, algunos autores han sugerido incluso considerarlas actuaciones remuneradas<sup>(21)</sup>, más aún por su buena relación coste-efectividad<sup>(25, 27)</sup>.

Solamente el 3-4% de los pacientes que intentan dejar el tabaco sin ayuda consiguen hacerlo. Se estima que esta tasa podría duplicarse con asesoramiento y modificaciones conductuales. La farmacoterapia puede aumentar la tasa de éxito hasta un 30%, por

546 lo que, según Sandhu<sup>(15)</sup>, debería formar parte de cualquier programa de intervención clínica sobre el tabaco. Dentro de la variedad de terapias existentes, las terapias de sustitución de nicotina son las que disponen de una mayor evidencia científica que respalda su uso. Existe evidencia de que todas las formas comerciales disponibles de TSN son efectivas cuando se usan apropiadamente, pues aumentan las tasas de abandono 1,5-2 veces, independientemente de la intensidad de la ayuda adicional ofrecida al fumador<sup>(32)</sup>. Sin embargo, algunos autores opinan que deberían estar limitados a situaciones de dependencia de nicotina alta o muy alta<sup>(23)</sup>.

La terapia con bupropión ofrece resultados prometedores o incluso mejores (Jorenby y cols. 1999) que las TSN (sola o en combinación). Se considera ya una terapia de primera línea<sup>18</sup>, con estudios controlados que confirman su eficacia<sup>(33-35)</sup>, aunque la evidencia que respalda su uso no está todavía a la altura de la existente para las TSN<sup>(32)</sup>. El estudio de Jorenby y cols. sugirió, además, que las tasas de abandono del tabaco a largo plazo en sujetos que recibieron bupropión fueron superiores que las del grupo que usó parches de nicotina<sup>(33)</sup>. Sin embargo, otros estudios han encontrado claros beneficios a corto y a largo plazo de la terapia con parches de nicotina, de manera que son necesarios más estudios comparativos para determinar qué terapia es más efectiva en el abandono del hábito tabáquico<sup>(31)</sup>. Otros fármacos de segunda línea como clonidina y nortriptilina necesitan más estudios, para tener unas indicaciones claras.

A pesar del escaso número de estudios al respecto, hay cierta evidencia de que el uso combinado de estos productos aumenta las tasas de cese a corto plazo y posiblemente a largo plazo, en comparación con el uso de un solo producto. En base a la literatura existente, las guías de puesta al día de práctica clínica de USA-AHRQ<sup>(18)</sup> recomendaron el uso de parches con otra forma de TSN tomados *ad libitum*, como terapia de segunda línea para pacientes incapaces de abandonar el tabaco con un solo tipo de TSN o con bupropión. Sin embargo, la evidencia al respecto es débil, debido a la heterogeneidad de los estudios analizados

mediante meta-análisis. Según Kotlyar y Hatsukami, no está claro si el beneficio de estas combinaciones se debe a los efectos sensoriales producidos por la combinación de TSN, a la mayor dosis de nicotina alcanzada o es por ambas razones<sup>(31)</sup>.

Existe cierta controversia y falta de información sobre el uso de TSN en embarazadas y fumadores con patología cardiovascular. A pesar de que las recientes guías de la AHRQ recomiendan que se aplique a estos pacientes una terapia conductual, que si esta no es suficiente se considere el uso de agentes farmacológicos y de que los estudios prueban la menor exposición del feto a la nicotina<sup>(40, 41)</sup>, según Watt y Robinson<sup>(2)</sup> la posición general es contraindicar la mayoría de las TSN en estos pacientes.

Las nuevas líneas de investigación para tratar la dependencia al tabaco incluyen formas adicionales de administración de nicotina, vacunas para prevenir el paso de la nicotina al SNC o agentes que alteren el metabolismo de la nicotina como el metoxsaleno o la mecamilamina<sup>(31)</sup>.

Pero la adicción física a la nicotina es sólo un aspecto de la adicción al tabaco. Por tanto, los tratamientos farmacológicos serán mucho más efectivos si se dan en conjunción con terapia conductual de consejo y ayuda, siendo mayor el éxito cuanto mayor sea el tiempo invertido en estas sesiones. Las intervenciones sobre el hábito tabáquico deben contemplarse de una forma global; es necesaria una terapia conductual de base protocolizada y personalizada que será complementada con una terapia farmacológica, si es necesario. Confiar únicamente en la intervención farmacológica acercaría al paciente al fracaso en su intento de abandonar el tabaco.

Se considera que el desarrollo de la práctica odontológica incluye la capacidad de prescribir los fármacos mencionados como parte de una intervención global sobre el hábito tabáquico. De todas formas esto debe ir siempre acompañado de un apropiado entrenamiento y, fruto del vacío existente en cuanto a información y formación de los profesionales sobre estas intervenciones, muchos dentistas pueden no sentirse cualificados para prescribir alguna de las medicacio-

nes o aplicar estas terapias conductuales. Es en este punto donde son necesarios gran parte de los esfuerzos, tanto a nivel académico como a nivel colegial, para acabar con las barreras a la implantación de estos programas en la práctica diaria de las clínicas dentales. De todas formas, se debe tener presente que existen centros especializados en las terapias para abandonar el tabaco, a los que es posible derivar a los pacientes, adquiriendo mayor relevancia este punto en aquellos pacientes que no consigan abandonar el tabaco con las intervenciones aquí presentadas.

Finalmente, es de suma importancia que los trabajos realizados los últimos años en el intento de que los odontólogos se hagan partícipes de la salud de sus

pacientes mediante intervenciones sobre el tabaquismo, no hayan sido en vano. Es conveniente buscar un lugar en la práctica diaria para estas actuaciones que, por otro lado, no requieren una alteración excesiva de la rutina diaria de la consulta y que van un tanto más allá de los límites establecidos únicamente por la cavidad bucal. Al fin y al cabo, los odontólogos también somos profesionales de la salud, y no hay aportación más completa para la salud de un paciente que ayudarle a abandonar el tabaco. Muchos esfuerzos se han dirigido hacia este objetivo los últimos años; un último paso necesario es la concienciación de los profesionales de la odontología para hacer realidad algo que ya ha demostrado ser efectivo, factible y eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-López E, González-Alonso J, Villar Álvarez F, coord. *Informe sobre la Salud de los Españoles 1998*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999; p. 182-91.
2. Watt R, Robinson M. *Ayudando a dejar de fumar. Una guía para el equipo odontológico*. Madrid: Fundación Dental Española, 2003.
3. Greene JC. Tobacco use, prevention, and cessation: Introduction to the special section. *J Dent Educ* 2002;**66**:1049-50.
4. EU-Working Group on tobacco and oral health consensus meeting Copenhagen: 23-26 October 1997. *Oral Diseases* 1998;**4**:48-67.
5. Johnson NW, Bain CA and co-authors of the EU-Working Group on tobacco and Oral Health. tobacco and oral disease. *Br Dent J* 2000;**189**:200-6.
6. Warnakulasuriya S. Effectiveness of Tobacco Counseling in the Dental Office. *J Dent Educ* 2002;**66**:1079-87.
7. Ekfeldt A, Christiansson U, Eriksson T, Linden U, Lundqvist S, Rundcrantz T, Johansson LA, Nilner K, Billstrom C. A retrospective analysis of factors associated with multiple implant failures in maxillae. *Clin Oral Implants Res* 2001;**12**:462-7.
8. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Machtei EE, Norderyd OM, Genco RJ. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol* 1994; **65**:260-7.
9. Hujuel PP, Drangsholt M, Spiekerman C, DeRouen TA. Asociación entre periodontitis y enfermedad sistémica en fumadores: ¿causa o coincidencia? *Periodontol 2000 (ed esp)* 2003;**5**:51-60.
10. Winn DM. Tobacco use and oral disease. *J Dent Educ* 2001; **65**:306-12.
11. Serra Ll, Ramón JM. Cáncer oral. Epidemiología y prevención. En: Cuenca E, Manau C, Serra Ll (eds). *Odontología preventiva y comunitaria*. 2ª ed. Barcelona: Masson SA, 1999. p.173-90.
12. Reichart PA. Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures. *Clin Oral Invest* 2001;**5**:207-13.
13. Moreno-López LA, Esparza-Gómez GC, González-Navarro A et al. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. *Oral Oncol* 2000;**36**:170-4.
14. McCann MF, Macpherson LM, Gibson J. The role of the general dental practitioner in detection and prevention of oral cancer: a review of the literature. *Dent Update* 2000;**27**:404-8.
15. Sandhu HS. A practical guide to tobacco cessation in dental offices. *J Can Dent Assoc* 2001;**67**:153-7.
16. Johnson N. *Practical prevention*. FDI World 1997; Nov/Dec: 10-16.
17. Raw M, McNeill A, West T. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;**53**(Suppl 5); Part 1:1-19.
18. Fiore M, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
19. Smith SE, Warnakulasuriya KA, Feyerabend C, Belcher M, Cooper DJ, Johnson NW. A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. *Br Dent J* 1998;**185**:299-303.
20. Ramseier CA. Smoking prevention and cessation. *Oral Health Prev Dent* 2003;**1**(Suppl 1):427-39.
21. Watt RG, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Action on smoking--opportunities for the dental team. *Br Dent J* 2000;**189**:357-60.
22. West R, McNeill A, Raw M. Smokeless tobacco cessation guidelines for health professionals in England. *Br Dent J* 2004;**196**:611-8.



23. Ramseier CA, Söder B, Baehni PC. Smoking prevention and cessation. *Oral Health Prev Dent* 2003;**1**(Suppl 1):440-2.
24. Burns DM. Reducing tobacco use: What Works in the population? *J Dent Educ* 2002;**66**:1051-60
25. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of Smoking Cessation Interventions. *Thorax* 1998;**53**(Suppl 5):S2-S37.
26. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;**51**:390-5.
27. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA* 2000;**283**:3244-54.
28. Warnakulasuriya K, Harris C, Scarrott D. et al. An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *Br Dent J* 1999;**187**:319-22.
29. Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs* 2002;**62**:1-9.
30. Heatherston TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;**86**:1119-27.
31. Kodyar M, Hatsukami DK. Managing nicotine addiction. *J Dent Educ* 2002;**66**:1061-73.
32. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 2, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2004.
33. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;**340**:685-91.
34. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001;**357**:1571-5.
35. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;**337**:1195-202.
36. Hall SM, Reus VI, Muñoz RF, et al. Nortriptyline and cognitive behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998;**55**:683-9.
37. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med* 1998;**158**:2035-9.
38. Covey LS, Glassman AH. A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials of clonidine for smoking cessation. *Br J Addict* 1991;**86**:991-8.
39. Courlay SG, Benowitz NL. Is clonidine an effective smoking cessation therapy? *Drugs* 1995;**50**:197-207.
40. Oncken CA, Hatsukami DK, Lupo VT, Lando HA, Gibeau LM, Hansen RJ. Effects of short-term use of nicotine gum in pregnant smokers. *Clin Pharmacol Ther* 1996;**59**:654-61.
41. Oncken CA, Hardardottir H, Hatsukami DK, Lupo VR, Rodis JF, Smeltzer JS. Effects of transdermal nicotine or smoking on nicotine concentrations and maternal-fetal hemodynamics. *Obstet Gynecol* 1997;**90**:569-74.
42. Watt R, Robinson M. *Helping smokers to stop: A guide for the dental team*. London: Health Education Authority 1999.
43. Gelskey SC. Tobacco-use cessation programs and policies at the University of Manitoba's faculty of dentistry. *J Can Dent Assoc* 2001;**67**:145-58.
44. Watt RG, Daly B. Prevention. Part 1: Smoking cessation advice within the general dental practice. *Br Dent J* 2003;**194**:665-668.