



---

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA**

**EL CONSEJO DEL ODONTÓLOGO COMO INTERVENCIÓN  
SISTEMATIZADA PARA EVITAR EL TABAQUISMO**

**T E S I N A**

Que para obtener el título de  
Cirujano Dentista

**P R E S E N T A**

**AIDELIA MARTÍNEZ CARMONA**

Director: Mtro. Alfonso Atitlán Gil  
Codirector: Mtro. Horacio Islas Granillo.

Asesores:

Mtro. Sergio Santamaría Suárez.  
Mtro. Carlo Eduardo Medina Solís.  
Mtra. Lourdes Marquez Corona.



Área Académica  
de Odontología  
U.A.E.H.

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., Diciembre 2007



# Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Odontología

**MTRO. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO.**  
**DIRECTOR DE CONTROL ESCOLAR**  
**P R E S E N T E:**

Manifiesto a usted que se autoriza la impresión del trabajo de investigación del pasante **Aidelia Martínez Carmona**, bajo la modalidad de **Tesina** cuyo título es: **“El consejo del odontólogo como intervención sistematizada para evitar el tabaquismo”**, debido a que reúne los requisitos de Decoro Académico a que obligan los Reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del Jurado.

<b>Nombres de los Docentes Jurados</b>	<b>Función</b>	<b>Firma de Aceptación del Trabajo Escrito para su Impresión</b>
Mtro. Carlo Eduardo Medina.	Presidente	
Mtro. Horacio Islas Granillo	Secretario	
Mtro. Alfonso Atilán Gil	Primer Vocal	
Mtra. Ma. de Lourdes Márquez Corona	Segundo Vocal	
Mtro. Sergio Santamaría Suárez	Tercer Vocal	
CD. Guillermo Olvera Contreras	Suplente	

ATENTAMENTE  
“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”  
Pachuca de Soto, Hgo. n de 2007.

M. EN C. HUMBERTO A. VERAS GODOY  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

C. D. ARTURO ASCENCIO VILLAGRAN  
COORDINADOR DEL ÁREA ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA





**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**

**Instituto de Ciencias de la Salud**

**Área Académica de Odontología**

## **Advertencias**

Este trabajo de investigación se generó dentro del marco del **1er. Seminario de Titulación por Tesina** del Área Académica de Odontología 2007 del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, con base a lo acordado por el H. Consejo Universitario, máximo órgano colegiado de esta institución, con la finalidad de servir como apoyo para que los alumnos de la Licenciatura en Cirujano Dentista no titulados hasta el mes de febrero del 2007 se pudiesen graduar o titular por esta modalidad en forma rápida y adecuada.

## DEDICATORIA

*A ti papá con amor, que aunque ya no estas conmigo yo se que desde el cielo te sientes feliz por que ahora he concluído mi meta.*

*A ti mamá con cariño y agradecimiento por la confianza que me brindaste en el desarrollo de mi carrera.*

*En especial a mi hermano Antonio por haber sustituido a papá y que con su cariño, apoyo y comprensión me ayudo a salir adelante.*

*A mis abuelos por su gran apoyo.*

*A mi esposo, con cariño por el gran apoyo brindado durante este tiempo quien siempre ha depositado su amor y confianza en todo lo que realizo, compartiendo mis éxitos y mis fracasos, alentándome a superarme.*

*A mis hijos: Edrei, Jahzeel y Jeruel con cariño como ejemplo en su futuro.  
¡Una bonita razón para seguir adelante!*

*A mis hermanos: Con cariño y agradecimiento por su apoyo brindado.*

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios quien es el autor de la vida, quien da sabiduría e inteligencia.  
A quien doy gracias por darme la oportunidad de vivir y realizarme como  
profesionista ya que sin el nada es posible.*

## RECONOCIMIENTOS

*A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por darme la oportunidad de ser parte de ella.*

*Al Área Académica de Odontología por abrirme sus puertas para poder desarrollar esta bonita profesión.*

*A mi director: Mtro. Alfonso Atitlán con admiración y respeto.  
Mil gracias por su tiempo, confianza, motivación y apoyo brindado en el desarrollo de este tema.*

*Al codirector: Mtro. Horacio Islas Granillo por el apoyo brindado, doy mis más sinceros agradecimientos.*

*A cada uno de los integrantes del comité tutorial por que sin su participación este trabajo jamás se hubiese realizado.*

*A cada una de las personas que directa o indirectamente me brindaron su apoyo.*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPITULO I EL TABAQUISMO EN MÉXICO</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPITULO II ACCESO A LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR</b> .....	<b>11</b>
TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN) .....	12
GOMA DE PROLACRILEX.....	15
PARCHES TRANSDERMICO DE NICOTINA.....	20
INHALADOR BUCAL DE NICOTINA .....	23
<b>CAPITULO III IMPUESTO AL TABACO COMO MEDIDA DE CONTROL</b> .....	<b>29</b>
<b>CAPITULO IV INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD PARA EL ABANDONO DEL TABAQUISMO</b> .....	<b>34</b>
LA FUNCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTROL DEL <i>TABAQUISMO</i> .....	35
BARRERAS A LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTROL DEL TABACO. ....	45
INTERVENCIONES DEL PERSONAL DE FARMACIA. ....	48
INTERVENCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR.....	52
<b>CAPITULO V INTERVENCIONES PARA EL ABANDONO DEL TABACO EN EL AMBITO ODONTOLÓGICO</b> .....	<b>57</b>
<b>CAPITULO VI EL CONSEJO MÉDICO Y DEL ODONTÓLOGO COMO INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA PARA INFLUIR EN EL ABANDONO DEL TABAQUISMO</b> .....	<b>65</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>88</b>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	89
OBJETIVOS .....	91
JUSTIFICACION .....	92
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>98</b>
<b>CURRÍCULO PERSONAL</b> .....	<b>110</b>

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad que se define como un síndrome de daño multisistémico, lentamente progresivo, asociado con la adicción a la nicotina.<sup>1</sup> El fumador puede llegar a enfrentar una adicción severa, que a su vez condiciona la dependencia psicológica y física.<sup>2</sup>

Aproximadamente el 90% de todos los cánceres de pulmón se atribuyen al tabaco,<sup>3</sup> el 70% cáncer en laringe y el 50% cáncer en esófago. En México la última encuesta nacional de adicciones reporta una prevalencia de fumadores de 27.7% en personas entre 12 y 65 años de edad. De 1998 al 2003 se consideró que los estimados de mortalidad de adultos atribuibles al consumo de tabaco superaba 42 mil muertes anualmente representando en total 11.6 de todas las muertes de mayores de 35 años de edad.<sup>4,5</sup> Por otro lado el tabaquismo representa un mayor riesgo de cáncer oral del 50 a un 90%, ocasionando también leucoplasia, gingivitis ulcerante necrótica aguda, candidiasis oral, fracaso de implantes dentales y enfermedad periodontal, e interfiere en el resultado de las terapias periodontales quirúrgicas y no quirúrgicas.<sup>6</sup> El tabaquismo provoca vasoconstricción periférica y por lo tanto da mala cicatrización de heridas en la boca. Esta adicción causa decoloración de los dientes y restauraciones dentales, afecta los sentidos del olfato y del gusto y frecuentemente causa halitosis.<sup>3</sup>

La complejidad del problema requiere la participación de todos los profesionales de la salud para su prevención y tratamiento. Es por eso que el consejo médico es una herramienta indispensable del profesional sanitario que, conciente del problema del tabaquismo, debe asumir su tratamiento, no solo como factor de riesgo cardiovascular,<sup>7</sup> sino también cómo una enfermedad con entidad propia

y en la que se ha demostrado una disminución de la morbimortalidad con su abordaje terapéutico.<sup>8</sup>

En el ejercicio de sus funciones el médico debe investigar y registrar el hábito tabáquico de sus pacientes, informar de los riesgos que conlleva el consumo, aconsejar con firmeza de la conveniencia de abandonarlo y ofrecer el soporte clínico necesario para que aquellos que lo deseen puedan dejar de fumar. Por ejemplo enfermería ocupa un lugar destacado en el abordaje del tabaquismo por su papel como educadoras de la salud, por ser la profesional del equipo médico que más está en contacto con la comunidad y por ello conoce a fondo a la población y las necesidades individuales o colectivas para llevar a cabo una correcta educación. Para Biucca, es una especialización que pretende aplicar principios educativos para promover cambios de conducta en el individuo o la comunidad, siendo el objetivo principal que las personas cuiden de si mismas, de su familia o comunidad, llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud. Para que el cambio sea efectivo no debe ser esporádico sino permanente. En la prevención del tabaco es donde los profesionales de enfermería pueden, desarrollar más su labor.<sup>9</sup>

Debido a las ramificaciones a largo plazo del uso del tabaco sobre la salud, tanto general como oral, profesionales odontólogos tienen la obligación de alentar a sus pacientes a abandonar el cigarrillo.<sup>10</sup> Por lo tanto, si para el médico es relevante tratar esta adicción también debe serlo para el odontólogo, ya que tiene a su alcance oportunidades valiosas de influir en el hábito del tabaquismo durante los exámenes orales de rutina, porque entran en contacto frecuente con fumadores que probablemente no buscan otro tipo de atención médica.

El reconocimiento de los signos del uso del tabaco durante el examen oral puede facilitar el inicio de una conversación con el paciente sobre los efectos del tabaquismo.

Los cálculos del porcentaje de dentistas que de rutina preguntan a sus pacientes si fuman varía entre 33% y 84%. Aún cuando se determine que son fumadores, la intervención de los profesionales odontólogos rara vez va más allá de un breve consejo de abandonar el hábito. Existen diversas barreras a la intervención de los dentistas en el hábito de tabaquismo, de sus pacientes. La más importante de entre estas barreras son: la falta de conocimiento sobre cómo ayudar a los pacientes a abandonar el cigarrillo y la carencia de tiempo y retribución por dicha intervención. Otros obstáculos son la idea de que la intervención sobre el tabaquismo probablemente no tenga éxito y que no es responsabilidad de los profesionales odontólogos. <sup>11,12</sup>

La importancia de este trabajo, radica en destacar que el consumo del tabaco tiene efectos adversos significativos sobre la salud oral por lo que el odontólogo puede detectar a un fumador en su consultorio y en la comunidad, de tal manera que los profesionales de la salud oral en ambos contextos, el consultorio dental y la comunidad tienen una oportunidad de aumentar la abstinencia del tabaco entre los consumidores.



**CAPITULO I EL TABAQUISMO EN MÉXICO**

## **CAPÍTULO I**

### **EL TABAQUISMO EN MÉXICO**

En México el problema del consumo de tabaco y sus consecuencias tiene una evolución característica y afecta de distintas maneras y en diferentes grados de intensidad a la población. El fumar (inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco), conduce a una intoxicación crónica denominada tabaquismo.

El tabaco es una planta originaria de América. Las hojas secas de la planta del tabaco se fuman en pipa o en puro, pero la forma más extendida es el cigarro o cigarrillo. El humo contiene más de 4000 mil sustancias tóxicas entre las cuales destacan la nicotina causante de la adicción, monóxido de carbono, alquitrán, amoniaco, benzopireno, cianuro de hidrogeno, restos de plomo o arsénico.<sup>13</sup> Muchos de ellos conocidos agentes tóxicos, mutagénicos y carcinogénicos. Hoy en día sabemos por referencias históricas que el tabaquismo existe en nuestro país desde hace siglos. A continuación se describe una reseña histórica del tabaco y cómo ha tomado importancia en varios países en el transcurso de los años.<sup>14</sup>

La inhalación del humo producido al quemar la hoja del tabaco se remonta a las antiguas civilizaciones del continente Americano, donde el culto al fuego ocupaba un lugar destacado y su utilización para fines religiosos y médicos estaba ampliamente extendido antes del descubrimiento de América.

El 15 de Octubre de 1492, en el primer viaje de Cristóbal Colón al continente Americano, a los 3 días de desembarcar en las Islas Bahamas, el almirante de

la nave describe en una nota a un hombre que traía en su mano un puñado de hojas secas, que ocasionalmente mascaba. Estas hojas parecían muy importantes para los nativos del lugar, pues se las llevaron después como regalo.

Juan Ponce de León en 1496, después de acompañar a Colón en su segundo viaje a América, lleva algunas semillas de la planta a Europa. También Hernán Cortés envía semillas al emperador Carlos V. <sup>14</sup>

En 1518, Fray Ramón Pane lleva las semillas del tabaco a España, por ese mismo tiempo el nuncio papal Próspero Santacrose Publicola las lleva de Lisboa a Italia. <sup>14</sup>

En 1535, en su obra “Historia natural y general de las Indias”, Fernández de Oviedo y Valdés, hace una descripción de la planta. <sup>14</sup>

Las tropas de Carlos V en 1547 celebran sus victorias fumando. <sup>14</sup>

El embajador francés en Portugal Jean Nicot de Villemain, en 1560, envía a Francia unas muestras de tabaco, recomendando su uso medicinal; de su apellido deriva el nombre botánico de la planta (Nicotina Tabacum) y el de su alcaloide (Nicotina). <sup>14</sup>

Sir Walter Raleigh en 1565 introduce las semillas a Inglaterra y en EUA la costumbre empezó después de la guerra civil en 1765. <sup>14</sup>

La planta se empieza a hacer famosa y en 1575 Nicolás Monardes, farmacéutico sevillano, traza los primeros dibujos de ésta en su obra “Historia

medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias”. En 1605, Charles Claius hace lo propio, incluyendo toda una descripción en su tratado de botánica “Exoticorum libri decem”.<sup>14</sup>

A mediados del siglo XVI Girolamo Benzoni, en su visita a la Nueva España y las Islas del Caribe, habla de la costumbre local de fumar las hojas secas y enrolladas.<sup>14</sup>

Es así como, pese a todas las medidas tomadas en varios países en contra del empleo del tabaquismo, el tabaco se acrecentó progresivamente hasta constituir su monopolio una fuente inagotable de riqueza para los gobiernos Europeos. De tal manera que durante el Siglo XVII el uso del tabaco era muy común en Italia y en 1628, Domenico Ravicio, médico de la ciudad de Corergio en su obra “Descripción de la virtud y propiedad del tabaco”, hace algunas recomendaciones para que resultara favorable y no dañino para la salud. Ya en el año de 1700, Bernardino Ramazzini, creador de la medicina del trabajo, dedica parte de su obra, “De morbis artificum diatriba” a los trabajadores de las fábricas tabacaleras.<sup>14</sup>

La costumbre de consumirlo estaba tan arraigada entre los hombres, las mujeres y hasta los adolescentes, que la adquisición del polvo de tabaco era parte del gasto diario de una familia.

Por su parte, en 1744 el médico Girolamo Baruffaldi, en su obra “La Tabaccheide”, menciona la costumbre de aspirar tabaco para evitar la escotomía.<sup>14</sup>

En México, en la Nueva España, el Pbro. Bartolomé de las Casas menciona el uso de unas hierbas secas metidas en otra hoja seca, con la que se adormecen los nativos y casi se emborrachan, evitando el cansancio. <sup>14</sup>

En el Siglo XVIII, el Pbro. Francisco Javier Clavijero S. J., en su obra “Historia antigua de México” habla del uso del tabaco entre los habitantes, quienes lo usaban para conciliar el sueño después de comer, servía para varios apósitos y lo tomaban en humo por la boca y en polvo por la nariz para expectorar la pituita (flema). Describe que para fumar introducían en un pequeño tubo de madera o de caña la hoja con la resina de liquidámbar y algunas hierbas cálidas y odoríferas, recibían el humo apretando el tubo con la boca y tapándose con los dedos la nariz para que más fácilmente penetrase con la inspiración del aliento hasta los pulmones. <sup>14</sup>

Es en 1763 que ya se habla de los efectos nocivos del tabaco. El fraile capuchino Francisco de Ajofrín refiere el uso del tabaco por hombres y mujeres como un abuso de América. Considerado para entonces como algo muy normal; lo fuman “señores” y “señoras” en cualquier lugar; los religiosos y clérigos se encuentran también en la calle tomando su cigarro, habituándose desde niños a este vicio. Se refiere al tabaquismo como una viciosa costumbre autorizada por las personas de primer carácter, que se comunicaba fácilmente a los que llegaban de Europa. <sup>14</sup>

Con todo, para 1765, se crea el estanco (prohibición de la venta libre de una mercancía) o monopolio del tabaco. La Real Hacienda destinaba anualmente a España 3 millones y medio de pesos duros. Había fábricas tabacaleras en la capital, en Puebla, Orizaba, Querétaro, Morelia, Guadalajara y Oaxaca. Habían

17,256 personas trabajando en la industria tabacalera, 5,228 empleados en la administración y 12,028 en la fábrica. <sup>14</sup>

En 1796 en México hay guerras y se encuentra en medio de un bloqueo naval, por lo que la industria tabacalera se enfrenta a la escasez de materia prima, pero en 1797 Miguel la Grúa, marqués de Branciforte, Virrey de la Nueva España, logra conseguir el material necesario para continuar la confección de puros y cigarrillos; estos últimos ya se vendían en cajetillas de diferente contenido y precio. <sup>14</sup>

Fray Juan Navarro en 1801, en su obra “Historia Natural”, narra “el tabaco chupado, en puros, pipa o cigarro. <sup>14</sup>

1839, la Señora Calderón de la Barca, esposa del primer diplomático español ante el gobierno de la república mexicana, escribía a propósito de una función teatral a la que le tocó asistir: “fumaba todo el patio, fumaban las galerías, fumaban los palcos, la fuerza de la costumbre de fumar no podía ir más lejos”, así mismo describe, “el fumar va pasando de moda entre las señoras de la aristocracia; cuando una costumbre empieza a considerarse como vulgar es difícil que subsista en la próxima generación”. <sup>14</sup>

Pero lo anterior, no fue el caso del tabaco, en 1959, el médico Francisco Hernández, en su obra “Historia Natural de la Nueva España”, describe los beneficios del fumar, pero ya hace advertencias acerca del abuso, “sin embargo, su uso inmoderado produce destemplanza cálida del hígado y sobrevienen caquexia y otras enfermedades incurables”. <sup>14</sup>

Al recorrer la presencia del tabaquismo entre los mexicanos y sus primeros contactos con Europa, a través de los años, podemos apreciar la dificultad histórica para luchar contra esta costumbre viciosa. Desde hace siglos se aprecia como un comportamiento, considerado como normal, es una poderosa fuente de ingresos para varios países y más aún se ha convertido desde entonces en un comportamiento aprobado por las autoridades y la sociedad en general. Así, médicos y religiosos, gobernantes y obreros, hombres, mujeres y hasta los adolescentes y niños, se refugian en las virtudes curativas y placenteras de las hojas humeantes y aunque se escribe poco acerca de la necesidad de tener cuidado de algunos de los efectos no benéficos para la salud e incluso evitarlo, hay quienes lo ven como un abuso y ya advierten sobre los riesgos; sin embargo pocos son los que escuchan tales advertencias.

Aunque el hombre haya consumido tabaco desde sus orígenes nunca lo ha hecho con la misma intensidad y profundidad que en los últimos años, y por tanto nunca se ha comprobado en toda su intensidad sus efectos nocivos para la salud como en las últimas décadas pese a esto y a numerosos avisos sobre los peligros de fumar millones de adultos y adolescentes siguen fumando. En la actualidad muchos estados luchan contra el tabaco siendo su fundamento la información de los perjuicios derivados del consumo.

Por tal motivo es fundamental que el profesional odontólogo y demás miembros de la salud conozcan los métodos para ayudar a evitar el tabaquismo.



## **capitulo II ACCESO A LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR**

## **TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)**

Los primeros intentos de terapia nicotínica para aliviar el síndrome de abstinencia producida al abandonar el consumo de tabaco se remota a 1967 cuando el Dr. Ove Fernö desarrollo un chicle con nicotina para aliviar el nerviosismo, ansiedad e irritabilidad de los submarinistas, fumadores, de la armada sueca durante las largas travesías submarinas.<sup>15</sup>

Cuando instituciones científicas de prestigio como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Americana de Psiquiatría y cirugía general reconocieron la nicotina como sustancia adictiva, se introdujo la terapia sustitutiva con nicotina como medio eficaz de tratamiento para ayudar a los fumadores que desean abandonar el tabaco<sup>16</sup>.

Se define como Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de un cigarrillo y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia<sup>17</sup>.

En México la introducción y difusión de la terapia de reemplazo de nicotina (TRN) empezó a finales de la década de 1980. En el mercado mexicano existen tres tipos de terapia de reemplazo: los chicles de prolacrillex, los parches y los que administran nicotina a través de un inhalador oral. En otras partes del mundo ya esta disponible también el inhalador nasal. Para la prescripción de recomendación de los sustitutos de nicotina es indispensable conocer cuanta nicotina se auto administra el fumador cuando fuma. Cada cigarrillo contiene un promedio de 6 a 11 mg. de nicotina y al fumador solamente le llegan al torrente sanguíneo 1 a 3 mg. Por lo tanto, un fumador que fuma 20 cigarrillos al día, en

realidad absorbe entre 20 y 40 mg de nicotina al día lo cual al disolverse en sangre da una concentración promedio de 25 a 35 ngr /ml al final del día.<sup>18</sup>

Al decidir darle a un fumador un reemplazo de nicotina es importante considerar cuanta nicotina libera el producto que se va a recomendar, cuanta nicotina esta acostumbrado a recibir el fumador al día y cual es la mejor forma de administrar un reemplazo.<sup>19</sup>

La vía inhalada permite que la nicotina alcance rápidamente el SNC, incluso antes que por vía intravenosa. La absorción a través de la vía pulmonar es muy rápida. Por su alta liposolubilidad cruza la barrera hematoencefálica sin problemas y esto explica sus efectos centrales inmediatos.<sup>20</sup> Algunos estudios han demostrado que a los 7 y 10 segundos de dar la primera chupada a un cigarrillo la nicotina alcanza el SNC y estimula los receptores de las membranas neuronales.<sup>19</sup> Esta rapidez de acción la dota de una altísima capacidad adictiva.

Cualquier fumador se podría beneficiar de la TSN, pero su uso esta recomendado en fumadores de 20 o más cigarrillos, aquellos que fuman su primer cigarrillo antes de transcurrida media hora desde el momento de levantarse por la mañana y aquellos con intentos previos de deshabituación fallidos por presentar síndrome de abstinencia grave dentro de la primera semana de tratamiento. <sup>19</sup>

Sin embargo como para todo tratamiento farmacológico, existen también una serie de contraindicaciones para la terapia nicotínica: infarto de miocardio reciente, arritmias cardiacas graves, angina inestable, embarazo, lactancia, úlcera gastroduodenal, enfermedades mentales graves y otras drogodependencias. <sup>21</sup>

No obstante, hay que señalar que a la hora de prescribir la TSN, bajo cualquiera de sus modalidades, el odontólogo esta asumiendo la responsabilidad de prescribir un medicamento y por ello debe ajustarse a las indicaciones autorizadas para la misma.

Tanto el odontólogo, como los demás profesionales de la salud desempeñan un papel importante ante esta adicción, por lo cual tienen la obligación de comunicar y orientar a sus pacientes sobre la existencia de estos fármacos, así mismo motivarlos a abandonar el hábito y tener éxito en la cesación. De manera que en el ámbito odontológico después de una capacitación adecuada o consulta con el médico clínico del paciente, los dentistas pueden prescribir farmacoterapia para dejar de fumar, naturalmente se deberá tomar en consideración las contraindicaciones a dicha terapia antes de recomendarla.

En conjunto, los profesionales deben estar concientes del problema que implica esta adicción y además estar preparados para el uso de estas terapias, de tal forma que se pueda brindar apoyo al paciente cuando así lo requiera en el abandono de esta adicción y lograr resultados favorables. El tratamiento con sustitutivos de nicotina tiene como finalidad reemplazar la nicotina de los cigarrillos para reducir los síntomas del síndrome de abstinencia tras el cese del consumo de tabaco y de ese modo ayudan a resistir los deseos de fumar.

La utilización de uno o de otro tipo de presentación dependerá de numerosos factores que deben ser considerados conjuntamente por el odontólogo y el paciente, la cual se comentan a continuación.

## GOMA DE PROLACRILEX

El chicle de nicotina es una presentación que contiene la nicotina en el interior de una goma de mascar. Las presentaciones del chicle contienen 2 o 4 mg. de nicotina (Nicorette®, Nicotinell fruit®, Nicomax), empleándose una u otra dosificación en función de la baja o alta dependencia nicotínica del fumador.

Este producto existe en el mercado mexicano desde 1986. Desde 1995 se puede adquirir en cualquier centro comercial sin prescripción médica. En México solo se encuentra en tabletas de 2 mg. En otros países también se vende la presentación de 4 mg. Son eficaces auxiliares para dejar de fumar. El chicle esta compuesto por nicotina unida a una resina de intercambio iónico, que permite que aquella sea liberada lentamente a medida que éste es masticado. Cuando el chicle se mastica se libera la nicotina y la resina se une a los cationes sodios de la saliva. El chicle contiene un tapón que permite mantener un PH en torno a 8,5 que facilita la absorción de la nicotina a nivel de la mucosa bucal; una vez absorbida pasa a la sangre alcanzando el SNC y alivia el síndrome de abstinencia.<sup>22 23</sup>

Es fundamental instruir al paciente en el uso correcto de chicle para conseguir buenos resultados, tanto para el buen efecto de la goma como para no dañar las restauraciones o prótesis si estas existieran ya que el chicle puede adherirse a la dentadura postiza y causarle daño. El paciente cuando sienta deseo de fumar masticara lentamente una pieza de goma de mascar hasta que sienta un fuerte sabor lo cual indica que la nicotina se esta liberando; en ese momento debe de dejar de masticar hasta que desaparezca el sabor fuerte de la boca, por lo que deberá colocar el chicle entre la mejilla y las encías y evitar la deglución de la saliva. Lo que quiere decir que la nicotina que había sido liberada del chicle ya ha sido absorbida. Este proceso se repetirá de forma cíclica hasta que el chicle libere toda la nicotina (aproximadamente el 90 % de

la nicotina se libera después de 20 – 30 minutos de masticación). Si se mastica continuamente el chicle, la nicotina se libera rápidamente y no puede absorberse, por lo que es deglutida y metabolizada en el hígado. Es recomendable que el paciente ensaye en la consulta el empleo del chicle para que el odontólogo y demás profesionales puedan corregir los posibles errores que se observen en su utilización.

Es fundamental informar al fumador que la nicotina absorbida por la mucosa orofaríngea, tarda de 2 a 3 minutos en alcanzar los receptores neuronales del sistema responsable de regular las sensaciones placenteras del organismo, por lo que tendrá que esperar esos minutos para sentir los mismos efectos que antes obtenía en tan solo 7 segundos después de la primera calada a un cigarrillo.<sup>17</sup>

Se recomiendan chicles de 2 mg. en fumadores con baja dependencia y de 4 mg. cuando la dependencia es moderada o alta. La recomendación para el chicle de nicotina se muestra de una forma resumida más adelante.<sup>24 25</sup>

-En fumadores de 10 a 19 cigarrillos al día, puntuación en el Tes. de Fagerstrom (Tabla 1 de anexos) menor o igual a 3 y con niveles de monóxido de carbono en el aire espirado menores a 15 ppm de 8 a 10 chicles de 2 mg. de nicotina al día, durante un periodo de 8 a 10 semanas, reproduciéndose progresivamente la dosis a partir de la cuarta semana.

-En fumadores de 20 a 30 cigarrillos al día, con 4 a 6 puntos en el Tes. de Fagerstrom y con nivel de monóxido de carbono entre 15 y 30 ppm se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 90 minutos mientras el sujeto este despierto durante un periodo de 12 semanas; se recomendara reducir la dosis de forma progresiva a partir de la sexta semana.

-En fumadores de más de 30 cigarrillos al día, con 7 o más puntos en la Tes. de Fagerstrom y con más de 30 p pm de monóxido de carbono se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 60 minutos mientras el sujeto este despierto, durante 12 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la octava semana.

En cuanto a la dosis a administrar no se han observado diferencias en los porcentajes de abstinencias en pacientes de dependencias moderadas o baja las dosis de 2 o 4 mg pero si se han observado dichas diferencias en los pacientes de alta dependencia donde los chicles de 4 mg han demostrado más eficaces.<sup>26</sup>

La principal ventaja de esta Terapia Sustitutiva de nicotina (TSN) es que al ser un método rápido de obtención de nicotina permite ser utilizado cuando el fumador lo necesite. Por lo que el odontólogo podrá adaptar la dosis y horario a cada persona.

El inconveniente que presenta es que en ocasiones no se utiliza correctamente y se infradosifica utilizando un menor número de chicles del que seria recomendable y durante menos tiempo del preciso, dado a esta circunstancia es necesario que este bajo vigilancia, es aquí donde el odontólogo puede intervenir de manera más constante debido a que las citas con el paciente son más subsecuentes, de tal forma que cada vez que asista a consulta la obligación del dentista será por un lado cerciorarse si ha seguido con su tratamiento y verificar si lo ha hecho correctamente, para así lograr una respuesta favorable a la cesación y de esta manera se obtendrá éxito. Tanto odontólogo como los demás miembros de la salud debe tener especial cuidado al prescribir la goma cuando el paciente presente problemas dentales,

trastornos en la articulación temporomandibular y si existe inflamación orofaríngea, ya que su absorción es en boca, por lo que ambos deberá estar ampliamente informados y capacitados a los diferentes tratamientos que existen, para adecuarlos a cada situación particular del paciente y así brindar una mejor atención a los pacientes con este problema de adicción.

### **VENTAJAS**

- Los fumadores pueden regular su consumo de nicotina para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.
- Se pueden conseguir porcentajes de reemplazamiento del 30-64% de los niveles de nicotina previos al cese del consumo del tabaco.
- El pico de absorción de nicotina sucede sobre los 30 minutos, retrasando los efectos estimulantes.
- Junto con una adecuada orientación logra porcentajes de abstinencia al año entre el 18 y 30%.
- Su uso es seguro, (usarlo 5 años no aumenta el riesgo cardiovascular).<sup>26</sup>

### **DESVENTAJAS**

- Los fumadores deben ser adiestrados en su empleo
- El consumo de ciertas bebidas, como el café, pueden reducir la absorción.
- Es más eficaz a corto plazo (4-6 semanas) que para prevenir recaídas.
- Está disponible para venta libre en farmacias, lo cual evita el control médico (pero permite el acceso a más pacientes).
- Los pacientes controlan la cantidad de chicle que toman y eso conduce a baja dosificación.

❑ Efectos adversos más frecuentes: indigestión, hipo, náuseas, molestias dentarias, mal sabor de boca, dolor de mandíbula y garganta y ulceraciones en la boca.<sup>26</sup>

## **PROPUESTA DE USO**

❑ Al menos durante los primeros 1-3 meses debe usarse un chicle por hora mientras este despierto, usualmente de 7 a 15 piezas, y no más de 30 piezas de 2 mg o 20 de 4 mg. al día.

❑ El uso del chicle debe ser correcto (mascar hasta que aparezca hormigueo aproximadamente 30 min. Por chicle).

❑ Debe evitarse comer o ingerir bebidas excepto agua desde 15 minutos antes de usar el chicle hasta que este se tira (pues se reduce la absorción de nicotina).

❑ No tragar la saliva que contenga nicotina (puede producir irritación gastrointestinal).

❑ El tratamiento con chicles debe durar como mínimo 3 meses.

❑ Debe evitarse su uso en caso de Infarto Agudo al Miocardio (IAM) reciente (menos de 8 semanas), angina inestable o arritmias y en caso de problemas dentales (bruxismo), trastornos en la articulación temporo-mandibular como son: síndrome doloroso de la articulación, disfunción de articulación temporo-mandibular (ATM) y en la presencia de inflamación oro faríngea.<sup>22</sup>

## **PARCHES TRANSDERMICO DE NICOTINA**

En México existen al menos dos tipos comerciales de parches. Uno de ellos solo esta disponible al público bajo prescripción medica y ofrece presentaciones de 10, 20, 30 cm. Libera nicotina durante 16 horas y consigue niveles máximos en sangre a las 5-10 horas.

El segundo tipo de parches es de venta no controlada y el tratamiento completo involucra tres parches, libera nicotina durante 24 horas y también logra su concentración máxima a las 5 -10 horas.<sup>27</sup>

Esta constituido por tres capas: una inferior con capacidad de adhesión a la piel, una intermedia que es un reservorio cargado de nicotina y una superior de consistencia dura que protege todo el sistema. Mediante la administración transdérmica de nicotina se consiguen niveles estables de nicotina en plasma. Tras colocar el parche se observa un retraso de 1 a 4 horas antes de la detección de nicotina en plasma, pero al cabo de varios días de aplicación repetida se alcanzan cifras mantenidas de nicotina de 10 a 23 ngr/ml.

El odontólogo indicará al paciente que el parche debe ser aplicado cada día sobre una zona de la piel limpia, seca y sin bello (cara anterior del antebrazo, cadera y tronco) y debe retirarse al día siguiente si el parche fuera de 24 horas o el mismo día al acostarse si la duración del parche es de 16 horas. Se recomienda cambiar diariamente la región donde se aplica el parche para evitar erosiones de la piel. <sup>27</sup>

Sin embargo para obtener el mejor resultado posible en el empleo de los parches, con el objetivo de incrementar la eficacia y eficiencia de este tipo de tratamiento es necesario seguir las recomendaciones de uso recogidas en las

diferentes normativas de distintas sociedades científicas y basadas en la evidencia científica.<sup>28</sup> De tal modo que el odontólogo hará especial hincapié al paciente sobre estas normativas en el uso de esta terapia para obtener mejores resultados.

Los parches de nicotina deben ser utilizados en fumadores con leve-moderada dependencia física por la nicotina. En fumadores con dependencia severa, (7 o más puntos en el test Fagerström (tabla 1 de anexos), utilizados por si solos, no han demostrado incrementar el porcentaje de éxitos.<sup>29</sup>

Los parches de nicotina deben ser utilizados durante un periodo no inferior a 6-8 semanas a semanas y no superior a las 12 semanas. La suspensión precoz del parche de nicotina, antes de la sexta y octava semana, facilita la recaída. La prolongación de un tratamiento con parches de nicotina más allá de 8 semanas no incrementa las posibilidades de éxito.

Los parches deben ser utilizados a dosis altas durante las primeras 6-8 semanas. En el caso de parches de 16 horas, la dosis alta recomendada es la de 25mg/día, esta se consigue con la utilización conjunta de un parche de 15 mg más otro de 10 mg. Para el parche de nicotina de 24 horas de dosis alta es la de 21 mg/día, esta se consigue con la utilización de un parche de 30 cm. cuadrados de superficie. La reducción de dosis puede realizarse tanto de forma brusca como lenta. No se ha demostrado que una tenga ventaja sobre la otra.<sup>20</sup>

Una de las principales ventajas de este sistema son la facilidad de uso y la escasa aparición de efectos secundarios por lo que se consigue un elevado nivel de adherencia al cumplimiento. Al producirse la liberación de la nicotina de manera lenta y no alcanzarse picos altos de nicotina el potencial de abuso es bajo y tampoco existe riesgo de “sobre dosificación”.

Este producto es más fácil de utilizar y puede ser adquirido en la farmacia sin receta. Aun así se dice que lo más recomendable es que este bajo vigilancia médica para evitar su abuso. Los profesionales podrán indicar este tratamiento con mayor seguridad, y desde el punto de vista odontológico este tratamiento podría ser el más recomendable puesto que su absorción no es en boca y por lo tanto no hay daño a nivel bucal, como se ha mencionado con la goma, por otro lado evita el aspecto antiestético de mascar chicle. Sus efectos secundarios son pocos y no son de mayor riesgo, además de que para el paciente resulta más cómodo ya que se coloca un parche por día.

Por otro lado el odontólogo tiene el deber de informar al paciente que mientras use el parche no debe fumar, puesto que si fuera así a la nicotina del parche, que equivale a fumar un paquete, se añadiría la del tabaco y podría ser peligroso. A continuación se describen en forma resumida las ventajas, desventajas y propuestas de uso de los parches de nicotina.<sup>29</sup>

## **VENTAJAS**

- Dosificación conocida y preestablecida (menor riesgo de abuso)
- Facilidad de cumplimiento del tratamiento (1 parche/día)
- Pico máximo de nicotina en plasma sobre las 4-8 horas (no adictivo)
- Es 2,5 veces superior al placebo para abstinencias a 6 meses y se consiguen tasas de abstinencia de aproximadamente el 22% a los 6 meses dependiendo de la pauta.
- Es efectivo para algunos pacientes incluso sin consejo médico.
- Venta libre en farmacias.
- Aumenta la posibilidad de abstinencia si se acompañan de asesoramiento.
- Es efectivo tanto con parches de 16 como de 24 horas.

## **DESVENTAJAS**

- Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, pero en grandes fumadores no es completamente satisfactorio por no sentir los rápidos efectos estimulantes en el SNC que les proporciona fumar.
- El fumador no controla la dosis de nicotina (también se evita el posible abuso)
- No se alcanza la concentración de equilibrio en plasma hasta 2-3 días después de aplicar los parches.
- Efectos secundarios más frecuentes: picor, eritema y quemazón en la zona del parche, cefalea, náuseas, insomnio, sueños anormales, vértigo, parestesia, tos, palpitaciones y sudoración.<sup>29</sup>

## **PROPUESTA DE USO**

- Situar el parche en un área sin pelo ni sudor al comienzo de cada día.
- Retirarlo al acostarse (16 hrs.) o al despertarse (24 hrs.)
- Tratar las reacciones locales con cremas de corticoides tópicos y rotar el lugar de colocación del parche.
- Evitar su uso en enfermedades dérmicas generalizadas.<sup>30</sup>

## **INHALADOR BUCAL DE NICOTINA**

Existe en México desde el año 2000. Este dispositivo de administración de nicotina se compone de dos piezas: una boquilla y un depósito que contiene 10 mg. de nicotina y 1 mg. de mentol. La boquilla tiene en uno de sus extremos un biselado especial para adaptarse a la boca del fumador. Con este sistema el aire es saturado con nicotina antes de ser inhalado y se consiguen niveles de

nicotina en sangre de forma rápida, aunque menores y mas tardíos que los obtenidos con el spray. Puede ser utilizado realizando una profunda inhalación o bien mediante chupadas poco profundas. Con el primer método la nicotina es absorbida a nivel de los grandes bronquios y con el segundo la absorción se realiza al nivel de la orofaringe, realizados con cualquiera de las dos técnicas son similares. El 80 % de los sujetos que han utilizado el inhalador bucal prefieren la forma de absorción bucal por ser más cómoda.<sup>31</sup>

Se recomienda mantener el dispositivo a 15° C porque la cantidad de nicotina liberada en cada inhalación depende de la temperatura a la que se encuentre el deposito: esto se consigue sosteniendo el deposito dentro de la mano cerrada, sobre todo cuando se esta utilizando en ambientes fríos. Cada inhalador es valido para soportar hasta 400 chupadas. No se recomienda utilizar menos de 4 ni más de 20 depósitos al día. Cada depósito debe utilizarse 5 veces realizando 80 inhalaciones en cada utilización.

El tratamiento se recomienda mantenerlo durante 6 meses; a partir del tercer mes es conveniente reducir la dosis en un 25 % de depósitos al mes hasta suspenderlo. No debe utilizarse un contenedor que se dejo a medias el día anterior.<sup>31</sup>

La principal ventaja del inhalador bucal es que alivia la dependencia conductual. Trabajos realizados por Rose y Levin,<sup>32</sup> demostraron que la estimulación de receptores sensoriales de la faringe y laringe del fumador por partículas del humo del tabaco podrían contribuir al mecanismo de creación de dependencia del cigarrillo.

También es conocido que tener un cigarrillo entre los dedos y el hecho de llevarlo a la boca crea una dependencia gestual. En este sentido el inhalador

ayudaría a controlar esta dependencia gestual. El principal inconveniente es que los niveles de nicotina obtenidos en sangre son menores y más tardíos que los obtenidos con el spray nasal. A continuación se exponen de forma resumida las ventajas, desventajas y propuesta de uso del inhalador bucal.

### **VENTAJAS**

- Absorción principalmente en boca como (como el chicle)
- Farmacocinética, efectos estimulantes, niveles plasmáticos de nicotina.
- Doble tasa de abandono que placebo
- Sustituye algunos rasgos conductuales de los fumadores (movimientos estereotipados y sensaciones en la boca).

### **DESVENTAJAS**

- A temperaturas inferiores a 10 grados centígrados puede perder vía disponibilidad.
- Bajos niveles de nicotina en sangre.
- Control por el paciente. Riesgo de abuso similar que el chicle.
- Irritación en boca y garganta al inicio del tratamiento

### **PROPUESTA DE USO**

- Pauta de uso como el chicle (una inhalación, o chupada cada hora)
- Puede usarse solo o en combinación con parche
- Útil en pacientes con un importante conductual de su hábito
- Evitar su uso en: irritación bucofaríngea, úlceras en boca.

Los tres productos de terapia sustitutiva de nicotina (TSN) son igualmente efectivos, y el paciente gastara aproximadamente el mismo dinero que con los cigarros, se pueden adquirir sin receta médica, pero lo más conveniente es consultar a un personal cualificado como lo es: un médico, odontólogo, psicólogo, farmacéutico y personal de enfermería para ayudar a establecer la forma más adecuada de utilizar estos productos y así obtener una mayor efectividad y por lo tanto, lo más importante tener la motivación y apoyo de los profesionales para dejar esta adicción, ya que por si solos en ocasiones abandonan el tratamiento.<sup>33</sup>

Los candidatos a recibir esta terapia son los fumadores que deseen dejar de fumar y con alto consumo de tabaco o alta dependencia a la nicotina. Por otro lado debe tenerse siempre presente que mientras se utilizan cualquiera de estos productos no se debe fumar pues puede sufrir una intoxicación nicotínica. Esta intoxicación no suele ser grave, pero es muy desagradable pues puede producir náuseas, vómito y taquicardia.<sup>34</sup>

De tal forma que todos los fumadores que intenten dejar de fumar deberían recibir tratamiento farmacológico, excepto los casos en las que la utilización del mismo precise de una consideración especial; p.eje. casos con contraindicaciones médicas, fumadores de menos de 10 cigarrillos al día, gestante, madres en periodo de lactancia y fumadores adolescentes.<sup>21</sup>

Por tal motivo es fundamental y de gran importancia que todo profesional que vaya a prescribir tratamiento sustitutivo de nicotina este informado de tales contraindicaciones y por lo tanto capacitado para el uso adecuado de dicha terapia. Además del asesoramiento y el apoyo social se ha visto que las ayudas farmacológicas resultan seguras y efectivas para aumentar la probabilidad de

lograr el éxito en el intento por abandonar el hábito, están diseñadas también para satisfacer el deseo del fumador de nicotina sin usar productos de tabaco.

Así mismo el seguimiento programado constituye un punto clave dentro del proceso de deshabitación. Por lo que es preciso realizar visitas de control durante las primeras semanas, visitas que permitan reforzar la intervención conductual y analizar tanto el cumplimiento terapéutico como la respuesta al tratamiento farmacológico programado, para así poder modificar el mismo si es posible. Además este tipo de visitas nos permite también verificar el resultado del tratamiento farmacológico, ya que las recaídas son manifestaciones del carácter crónico de la enfermedad y no fracasos del médico o del paciente.

Por otra parte al igual que sucede con cualquier afección, la implicación del fumador en el tratamiento de su propia enfermedad es de gran importancia para conseguir un control óptimo de la misma por lo que hay que dar a cada uno de los fumadores que desean abandonar el hábito la posibilidad de elegir su régimen terapéutico (tratamiento farmacológico y/o psicológico conductual); dentro de la terapia farmacológica se le dará a elegir el tipo de medicación entre las distintas opciones que pueden estar indicadas en su caso.

Por lo cual la terapia administrada, al ser amplia y variada, dependerá del propio diagnóstico, de las preferencias, expectativas e implicaciones del fumador respecto al médico que lo trata, determinados factores como la facilidad de administración, la complacencia, la presencia o no de comorbilidad sistémica y/o psiquiátrica, la valoración de las posibles precauciones o efectos secundarios detectados con cada tipo de presentación, así como de los objetivos que se pretende conseguir<sup>35</sup> y el coste económico de esta, dado que no tiene sentido prescribir un tratamiento que por cualquiera de las circunstancias mencionadas, el paciente no acepte y, por tanto no compre ni

cumpla. Por tal motivo, dado a estas circunstancias se tendrá especial importancia a la hora de establecer un tratamiento farmacológico la opinión del paciente en la elección del medicamento a utilizar, recomendando el que se considere más oportuno en cada caso, pero permitiendo al paciente participar activamente en la toma de decisión final. Cave mencionar que el tratamiento debe adaptarse a la situación particular de cada fumador.



**CAPITULO III IMPUESTO AL TABACO COMO MEDIDA DE CONTROL**

Si bien es cierto que el deseo de fumar depende del mismo paciente, México ha logrado una política para controlar el uso del tabaco, que incluye incremento sin precedente en las tasas de impuestos para el tabaco.

Resulta cada vez más evidente que los esfuerzos de control de tabaco deben apoyarse en una combinación de intervenciones y medida, incluyendo el uso de una política fiscal consistente que permita mantener precios relativos altos para el tabaco. Numerosos autores han llegado a la conclusión de que el incremento a los precios del tabaco es una de las maneras más eficientes para reducir su consumo,<sup>36</sup> aun considerando la naturaleza adictiva de este producto.

Estudios realizados en distintos países con diferentes metodologías demuestran que el consumo de cigarrillos responde a los cambios en el precio, es decir su demanda es elástica. Las estimaciones de esa elasticidad varían, pero en general se considera que en corto plazo un aumento de 10 % en el precio real reduce el consumo en un rango que varía entre 2.5 % y 5 %.<sup>37</sup> Si el aumento en el precio es continuo e indexado a la inflación, la demanda de tabaco podría reducirse dos veces más en el largo plazo.

También se ha demostrado que la demanda es más sensible a los precios del tabaco en los países de ingreso medio y bajo que en cada país, por lo que es más sensible entre los adolescentes y adultos jóvenes, los grupos socioeconómicos bajos y las personas con menor escolaridad.<sup>38 , 39</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestra que los incrementos en los impuestos tienden a traducirse en incrementos iguales o superiores en los precios del tabaco, y que esos aumentos contribuyen a promover la cesación, a

reducir el consumo y el número de muertes entre quienes ya son “adictos” y a disminuir el número de personas que empiezan a fumar.<sup>40 , 41</sup>

Sin embargo lo que a nuestro país preocupa es que cada vez mas jóvenes están fumando y lo peor de todo es que lo hacen conociendo que les provoca daño, por lo que un aumento en el precio en general, se acompaña de una disminución del consumo de cigarros, causado por el efecto combinado de la reducción en el número de fumadores y en la proporción de jóvenes que inician el consumo de estos productos.

Una manera de controlar el precio y de forma indirecta el consumo es a través de los impuestos, por tal motivo que la política fiscal asociada al tabaco es considerada actualmente como uno de los instrumentos más poderosos y costo efectivos para controlar esta adicción.

De tal forma que en 1980 a 1986, los impuestos al tabaco aumentaron alcanzando un máximo de 180 % posteriormente disminuyeron llegando a un mínimo de 80 % en 1993 y finalmente se fijaron en 100% durante el año 2000. Estimaciones indirectas del consumo y venta de cajetillas de cigarros indican una ligera disminución de 1980 a la fecha. Estas observaciones son consistentes con lo que se podría esperar como respuesta a un aumento en el precio de los cigarros: en 1980 una cajetilla costaba \$ 5.20 y para 1996, \$10.00 (expresados en precios constantes para el ultimo año). Los cambios impulsados desde la secretaria de salud en 2001 tuvieron como propósito principal:

- a) Desincentivar el consumo de tabaco.
- b) Generar una fuente adicional de ingresos públicos que podrían utilizarse para la prevención y tratamiento de las adicciones al tabaco.
- c) Generar una política fiscal más equitativa y justa en los subsidios al consumo del tabaco.

Esta última acción rectifica la política de administración pasadas que mantenían tasas diferenciadas para los cigarrillos con y sin filtro, propiciando un precio bajo para los cigarrillos sin filtro, que además de ser consumidos por el sector más pobre de la población tienden a ser también más nocivos para la salud. Lo que equivalía a un subsidio a la enfermedad y a la muerte de los mexicanos pobres, quienes por restricciones en los presupuestos familiares o falta de acceso a programas de cesación se ven forzados a fumar los cigarrillos más dañinos.

## **REFORMAS FISCALES APROBADAS A PARTIR DE 2002**

El 31 de Diciembre del 2001 el H. congreso de la unión aprobó la reforma fiscal donde aparecen las siguientes modificaciones relacionadas con el impuesto al tabaco.

-Para los cigarrillos con filtro, en lugar de la tasa de 100 % vigente hasta el 2001, ahora se pagara una tasa de 105 % en el año 2002, de 107 % en el 2003 y de 110 % en el 2004 y siguientes años.

-Para los cigarrillos sin filtro, en lugar de la tasa de 20.9 % vigente hasta el 2001, ahora se pagara una tasa de 60 % en el año 2002, de 80 % en el año 2003, de 100% en el año 2004 y de 110 % en el año 2005 y siguientes.

Utilizando la información sobre elasticidad de precio y consumo de cigarrillos disponible para México se ha estimado que gracias a estas medidas fiscales cada año dejaran de fumar entre 29 mil y 39 mil personas. En relación al impacto del impuesto autorizado para los cigarrillos sin filtro, utilizando una serie de ventas de cigarrillos en el área rural, se puede documentar una disminución significativa en las compras de cigarrillos. En comparación con 2001, durante el primer semestre de 2002, la compra de cigarrillos en tiendas rurales disminuyo

casi en 20%. Lo que confirma la importancia de esta política como un instrumento para desincentivar el consumo de tabaco.

Se considera que el tabaco es un producto que se ha convertido en el primer factor de enfermedad crónica y muerte a nivel mundial; de tal forma que en nuestro país se ha logrado con este impuesto una disminución en la compra de cigarros. Por lo que uniendo esfuerzos se logrará que el tabaquismo se siga considerando como algo socialmente aceptable y que los adolescentes tanto como los jóvenes se fijen como meta no adquirirlo y busquen los medios aceptables para lograrlo. Es de tal importancia que los profesionales de la salud deben sumarse a las iniciativas impulsadas por el gobierno a favor de la prevención y lucha contra el tabaco.

Sin embargo a pesar de que se han tomado medidas importantes como parte de las políticas nacionales de salud, en nuestro país sigue aumentando este hábito principalmente en adolescentes, por lo que se tiene una ardua labor para evitar que cada día se inicien más adolescentes, ya que los daños que produce no son solo en las personas que lo consumen sino también con quienes conviven a los que se les llama fumadores pasivos, es por eso que los profesionales de salud desempeñan un papel importante en el control del tabaquismo.



**CAPITULO IV INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD PARA EL  
ABANDONO DEL TABAQUISMO**

## **LA FUNCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTROL DEL *TABAQUISMO***

Más del 90 % de los fumadores adultos empiezan cuando son adolescentes, o antes y más de la mitad se convierten en fumadores habituales antes de cumplir los 19 años,<sup>42</sup> por lo que se requiere de ayudar a los fumadores habituales al abandono de este hábito y por otro lado aconsejar a los nuevos fumadores a que no se incorporen al consumo habitual de cigarrillos.

Solo hay una manera de combatir esta epidemia, para ello es necesario que los profesionales de la salud se involucren a esta problemática, pues tienen un papel prominente que desempeñar en el control de tabaco debido a que tienen la confianza de la población. En el plano individual pueden educar a la población sobre los daños que acarrea el consumo del tabaco y la exposición pasiva. A nivel comunitario los profesionales de la salud pueden ser los promotores de algunas de las medidas descritas por ejemplo en las iniciativas para promover lugares de tabaco libres de humo y ampliando la disponibilidad de los recursos para dejar de fumar.

En la sociedad, los profesionales pueden agregar su voz y su influencia a las iniciativas de control de tabaco nacional y mundial, como las campañas de aumento de impuestos y tomar parte en el ámbito nacional en la promoción del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En definitiva, hoy somos todos concientes que el tabaquismo ocupa un lugar destacado dentro de los problemas importantes de salud pública. Es aquí donde los odontólogos pueden incorporarse a esta lucha contra el tabaquismo que nos atañe directamente dada la clara relación de esta adicción con alguna de las patologías orales, participando en actividades para combatir y frenar este hábito letal.

Finalmente se cuenta con medidas farmacológicas para el manejo de la dependencia a la nicotina. Todas las formas de reemplazo de nicotina son efectivas, ayudan a los pacientes a dejar de fumar, han mostrado su utilidad en varios estudios cuando se administran durante un periodo de doce semanas.<sup>43</sup>

<sup>44</sup> Los mejores resultados siempre se consiguen cuando se combinan medidas farmacológicas y no farmacológicas con seguimiento personalizado, por lo menos durante un año.

La función clave de los profesionales de la salud incide en muchos aspectos, éstos son:

### **1) MODELO DE COMPORTAMIENTO**

Los profesionales sanitarios en la sociedad y en la comunidad a la que pertenecen se espera que sean los modelos a imitar para el resto de la población, particularmente en el consumo de tabaco. Sin duda un profesional de la salud es conciente de las consecuencias del consumo del tabaco para la salud, sin embargo no es extraño encontrar en todos los países grupos de profesionales con una prevalencia mayor de tabaquismo que el resto de los habitantes. Un artículo de 2004 señala que la prevalencia del tabaquismo entre los profesionales de la salud Rusos es la misma que la de la población general. Además señala que al ser respetados profesionalmente, podrían usar este poder para cambiar las tendencias actuales del tabaquismo y encabezar un movimiento nacional contra el tabaco. Claro esta, si no estuvieran comprometidos con los mismos comportamientos, concepciones erróneas y falta de motivación que sus pacientes fumadores.<sup>45</sup> Se ha documentado que cuando estos fuman, están menos dispuestos a evaluar y promover el abandono del consumo en los pacientes fumadores.<sup>46</sup>

Por lo que es fundamental y de suma importancia que todos los profesionales de la salud mantengan un papel ejemplar como promotor de salud y hábitos saludables comportándose como no fumadores, ya que ejerce una fuerte influencia negativa sobre los mensajes sanitarios en relación con el control y prevención del tabaquismo. La actitud más coherente del odontólogo, o de otros profesionales sanitarios ante el tabaco es la de ser no fumador, actitud que le permite intervenir con coherencia frente al consumo de tabaco por sus pacientes.

Las actitudes mínimas exigibles de los profesionales son: no fumar en público, no ofrecer tabaco a los pacientes, no aceptar regalos relacionados con el tabaco, no permitir fumar en la consulta o sala de espera y facilitar la difusión de propaganda en contra del tabaquismo.

## **2) ASESOR**

Los médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos y demás profesionales de la salud en el contexto de la atención diaria deben abordar la dependencia del tabaco como parte de su práctica cotidiana. Se ha propuesto incluir preguntas sobre el consumo del tabaco cuando se monitoreen los signos vitales y en cada consulta con un paciente el profesional debe evaluar el consumo de tabaco y anotarlo en el expediente clínico, se ha visto que son pocos los médicos que ponen énfasis en esta adicción. En el consultorio odontológico esta práctica podría incorporarse fácilmente en los exámenes orales de rutina, dado que el consumo de productos de tabaco es uno de los determinantes más importantes de la salud bucodental.

En el caso de los pacientes fumadores, todos los profesionales deben informarles que dejar de fumar es lo mejor para su salud. Brindar una breve información y consejo a sus pacientes tomará menos de tres minutos, por lo

que rápidamente pueden concientizarlos sobre los beneficios inmediatos y que cuando más temprano se abandone el hábito, es mejor.

El asesoramiento sencillo de un médico ha demostrado aumentar la tasa de abstinencia de manera significativa (en un 30%) comparado con ningún asesoramiento.<sup>47</sup> De igual manera se ha demostrado que la intervención de los odontólogos ayuda a los pacientes a abandonar el cigarrillo. Los índices de abandono del hábito son desde un 10% al 44%.<sup>48</sup> Así mismo se dice que las intervenciones de enfermería para dejar de fumar aumenta en un 50 % la probabilidad de dejarlo con éxito.<sup>49</sup> Las investigaciones demuestran que las intervenciones donde participan varios proveedores son muy eficaces y que todos los profesionales de la salud puedan influir en que las personas dejen de fumar.<sup>50</sup> Básicamente, cuanto más oiga una persona un mensaje uniforme de todos los profesionales de salud, más probable será que deje de fumar.

En la actualidad existe una guía de práctica clínica, elaborada por el Departamento de Salud y Servicios de los Estados Unidos, recomienda adoptar un enfoque de cinco pasos (las 5 A).<sup>51</sup> Los cuales se desarrollaran de una forma detallada más adelante.

- Averiguar, acerca del consumo de tabaco
- Aconsejar, a todos los usuarios de tabaco que dejen de fumar;
- Apreciar, la voluntad del usuario para dejar de fumar;
- Ayudar, al paciente a que deje de hacerlo;
- Arreglar un seguimiento.

Todos los profesionales de la salud como lo es el odontólogo pueden, además de breve intervención de preguntar, asesorar y evaluar en su practica clínica, tener a la mano referencias de más recursos para que, como parte de su trabajo cotidiano, puedan remitir pacientes a un servicio de orientación más intensivo, por lo que también tienen la responsabilidad de ejecutar los pasos

mínimos de intervención. También deben contribuir a la elaboración de materiales prácticos basados en criterios científicos sobre dejar de fumar, adaptados a la cultura, el origen étnico, la edad, el idioma y el estado de salud del paciente, o a la predisposición y a la actitud en el tiempo para dejar el tabaco. Siempre que sea posible, deben brindar consejo tomando en cuenta la situación particular del paciente, relacionándola con el diagnóstico existente o su modo de vida actual.

Por ejemplo, los argumentos como “fumar puede causar mal aliento”, “es un hábito caro” o “disminuirá su rendimiento en los deportes” quizás sea de mayor peso para un paciente joven que los relacionados con la posibilidad de padecer cáncer de pulmón. Por lo que es necesario que todos los profesionales de la salud apoyen a un fumador cuando este dispuesto a abandonar el hábito, los pasos a seguir son: proporcionar asistencia práctica para alcanzar la meta, acordar un seguimiento para alentar y generar responsabilidad.

### **3) EDUCADOR**

Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante al preparar a nuevas generaciones de proveedores de servicios sanitarios. Ellos participan en el proceso de formación de estudiantes, incluida la educación universitaria y de postgrado, la educación a pie de cama, la educación y capacitación continua, o la investigación y la evaluación. Según las investigaciones, la formación de los profesionales de la salud es eficaz para cambiar la forma en que practiquen su profesión.<sup>52</sup>

Todos los aspectos del control del tabaco deben incorporarse en los programas de estudio existentes de los profesionales de la salud, el control del tabaco puede enseñarse como una materia separada o ser parte del programa de estudios existente (epidemiología, promoción, prevención y tratamiento de la

enfermedad etc.). Los efectos del tabaco sobre la salud pueden incorporarse en una variedad de disciplinas y a los estudiantes debe darse la oportunidad de adquirir destrezas prácticas para evaluar el consumo de tabaco, para ayudar a dejarlo y brindar asesoría, así como conocer los aspectos de política del control del tabaco y sus beneficios para la salud pública. Por lo cual el periodo de formación es una oportunidad ideal para ofrecer apoyo a los estudiantes que son fumadores e intentan dejar la adicción.

La Facultad de Farmacia de la Universidad de California elaboró un programa de estudios, Receta para el cambio, que prepara a los estudiantes para aplicar la intervención de abandono de la adicción al tabaco, pero además aborda los demás aspectos del control del tabaco. El programa se está poniendo en práctica de manera exitosa en las facultades de farmacia de todo el país y es lo suficientemente amplio como para ser utilizado también por las facultades de medicina y enfermería.<sup>53</sup>

#### **4) CIENTIFICO**

Las medidas de control del tabaco deben basarse en hechos y pruebas científicas. La investigación clínica, epidemiológica y de política, así como la evaluación, son componentes importantes que deben tenerse en cuenta al implantar medidas destinadas a reducir el tabaquismo. Por ello todos los profesionales de la salud deben ser conscientes de la existencia de información científica acerca de cómo poner en práctica las medidas del control del tabaco dentro de su disciplina. Además debe fomentarse la investigación en áreas menos tradicionales como la ejecución y evaluación de políticas y programas. Dado que el tabaquismo es un asunto de alcance intersectorial y por ello trasciende muchas otras áreas de la salud.

En su función como científicos, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de crear conciencia y educar a los organismos de financiamiento e investigación acerca de la repercusión del consumo del tabaco sobre todos los aspectos de la salud individual, comunitaria y social, de manera que se mantengan o incrementen los recursos financieros de la investigación para tratar esta epidemia mundial.

Hoy en día se ha visto que aun existen profesionales que no saben como poner en practica las medidas de control del tabaquismo debido a su falta de interés ante esta adicción, por lo que se invita a todo profesional da salud que se capacite y se involucre en esta ardua tarea ya que día a día se están iniciando en tal adicción un gran número de individuos.

## **5) LIDER**

Muchos profesionales de la salud ocupan posiciones de liderazgo a diferentes niveles y varios gozan de bastante confianza pública. La salud, es una responsabilidad de liderazgo, desde el líder o empleador local hasta la autoridad política sanitaria más alta de una nación. Entre las numerosas actividades que los profesionales de salud en posiciones de liderazgo pueden realizar está, participar en el proceso de formulación de políticas, apoyando medidas integrales de control de tabaco que vallan más allá de los servicios clínicos para dejar de fumar y que incluyan la creación de lugares de trabajo completamente libres de humo de tabaco.

Promoviendo mayores impuestos y precios para los productos de tabaco. Esta posición de liderazgo puede ejercerse a escala comunitaria, nacional o mundial, dependiendo de donde sea uno más capaz de propiciar cambios. No todos los

profesionales de la salud podrán trabajar todos los aspectos relativos al control del tabaco al mismo tiempo, pero todos ellos pueden adoptar pequeñas medidas para abordar al menos un aspecto en su propio lugar de trabajo (por ejemplo, promoviendo entornos libres de humo de tabaco) y según la posición que ocupen emprender actividades de mayor importancia en el ámbito político y de políticas cuando surja la oportunidad.

Por otro lado la federación Farmacéutica Internacional (FIP), señaló que los farmacéuticos son profesionales de la salud comprometidos con el mejoramiento de la salud de sus clientes, y que cada farmacéutico debe mostrar su liderazgo eliminando el tabaco en su recinto.<sup>54</sup>

Por lo tanto se insta al profesional que ejerza su liderazgo y que abogue por una legislación que prohíba fumar en lugares públicos cerrados y que las organizaciones profesionales también puedan influir para que tomen parte en la formulación de la política de control de tabaco.

## **6) FORMADOR DE OPINION**

Como ciudadano de una comunidad, miembro de una organización no gubernamental o a través de las asociaciones nacionales, esta función de formador de opinión para apoyar el control de tabaco tiene gran potencial pero ha sido descuidado por la mayoría de los profesionales de la salud hasta la fecha. Si bien no todos pueden hacer del control de tabaco el centro de sus actividades profesionales, sí pueden y debe expresar claramente la magnitud del problema del tabaco en función de las enfermedades el sufrimiento y las defunciones prematuras que provoca, así como de la carga económica para la sociedad, y transmitir su apoyo a las medidas de control de tabaco. Algunas maneras de participar son volverse políticamente activos o apoyar a grupos que

aboguen por el control del tabaco, escribir cartas a los periódicos y a otros medios, emitir comunicados de prensa. Por ejemplo en fechas importante nacionales o internacionales, o ayudar a difundir información pertinente. Como formadores de opinión, los profesionales de la salud deben ser versados en los recursos de información existentes.

## **7) FORJADOR DE ALIANZA**

La salud es importante para todos los profesionales de la salud y otros grupos. La salud pública no es dominio exclusivo de nadie sino que es responsabilidad de todos. A veces un grupo de profesionales de salud debe actuar solo, pero siempre debe considerarse cuidadosamente la cooperación de otros. Los problemas asociados al tabaco y a su control abarcan una amplia gama de disciplinas sanitarias y una de las funciones de un profesional de salud es procurar que todos los afectados estén preparados para brindar apoyo. Por lo que pueden forjar alianzas como individuos, pero también pueden forjarse entre las sociedades científicas y las organizaciones profesionales. Estas alianzas pueden tener mucha mayor influencia y mejorar los beneficios para una causa o tema, en este caso, el control de tabaco.

El establecimiento de alianzas verticales es también una manera de crear sinergias obtener mejores resultados con los recursos existentes. Cada tipo de asociación de profesionales de la salud local o nacional tiene su equivalente a escala regional, internacional o mundial. Las asociaciones más pequeñas pueden beneficiarse de los recursos existentes y del intercambio de información técnica que se crea al nivel más alto, mientras que las asociaciones internacionales pueden llegar a más miembros y afiliados a través de sus filiales o asociados nacionales.

Las iniciativas conjuntas entre diferentes asociaciones, ya sean locales, nacionales o internacionales también constituyen una manera de fomentar el programa de control de tabaco.

## **8) VIGILANTE DE LAS ACTIVIDADES DE LA INDUSTRIA DEL TABACO.**

Los profesionales de la salud, ya sean individuos o asociaciones, tienen la responsabilidad de denunciar las estrategias de la industria tabacalera encaminadas a obstaculizar los esfuerzos locales, nacionales o internacionales de control de tabaco y de exigir a las autoridades la adopción de políticas que antepongan la salud y la calidad de vida de su pueblo a las ganancias de la industria.

Así mismo, los profesionales de la salud deben adoptar una posición contra los efectos generalizados y negativos del dinero proveniente de la industria del tabaco en muchos aspectos de nuestra sociedad. Por lo que deben tener una mayor conciencia sobre este poder que el resto de la población. Prohibir la venta y el consumo de productos de tabaco en sus recintos; rechazar el financiamiento de la industria del tabaco para sus proyectos o para investigación y tal vez adoptar una declaración de conflicto de intereses para sus asociaciones, afiliados y socios que reglamente la interacción con la industria tabacalera, son maneras de crear conciencia y de mantenerse alejados de esta injerencia indeseable.

Además, al establecer alianzas con profesionales de la salud en otras áreas, puede aumentar la conciencia sobre el dominio de la industria tabacalera y contrarrestarse de manera más eficiente. Por ello es tan importante que todos

los profesionales de la salud participen en el control de tabaco y no solo aquellos que se enfrentan a las consecuencias más evidentes del tabaquismo. Las acciones de los profesionales de la salud que están interesados en dar un ejemplo, así como en cambiar las políticas y la opinión pública, deben ir más allá de las responsabilidades de carácter estrictamente clínico o individual con respecto a sus pacientes.

La Asociación Médica Canadiense (AMC) en agosto exhortó al plan de pensiones de Canadá a que no siguiera invirtiendo en acciones de la industria tabacalera, aduciendo que con ello se debiliten los esfuerzos del sector público en materia de salud. La asociación recibió el apoyo del Ministro de salud de Canadá, quien manifestó que había sentido conmoción y enfado al enterarse de que casi 95 millones de dólares canadienses de las contribuciones por concepto de pensiones se habían invertido en la industria del tabaco. <sup>55</sup>

## **BARRERAS A LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTROL DEL TABACO.**

Aún persisten algunas barreras para la plena participación de los profesionales en el control d tabaco, como son:

### **1) FALTA DE CONOCIMIENTO Y APTITUDES ACERCA DEL TABACO Y EL CONTROL DE TABACO.**

En general, los programas de estudio sobre la salud carecen de contenido y prácticas adecuadas en asuntos relacionados con el control del tabaco, desde las políticas públicas más eficaces hasta el tratamiento clínico del tabaquismo.

Aunque algunos pueden abarcar aspectos generales sobre los daños a la salud y el alcance total de la epidemia de tabaco, posiblemente se estén pasando por alto la amplitud y la profundidad del problema. Dado que el tabaco es una de las causas más significativas de enfermedades y muertes evitables en el mundo, las facultades de profesionales de la salud podrían reevaluar el tiempo que dedican a este tema.

Este punto probablemente guarde relación, por un lado, con la limitada formación de los profesionales que reciben en el abordaje del problema de consumo de tabaco.<sup>56</sup>

## **2) FALTA DE LIDERAZGO DE LAS ORGANIZACIONES:**

En muchas partes del mundo, las organizaciones profesionales de la salud todavía no se han unido ni han expresado su apoyo a los esfuerzos de control del tabaco. Muchos aún desconocen los aspectos epidemiológicos relacionados con el consumo de tabaco y sus repercusiones en la salud mundial. Lo anterior está cambiando lentamente, con algunas organizaciones internacionales que adoptan medidas, y otras nacionales que cada vez manifiestan más interés en todos los aspectos que atañen al control del tabaco. Sin embargo queda mucho por hacer para que todos los proveedores de asistencia sanitaria acepten que el control de tabaco forma parte de la práctica de todo profesional en el campo de la salud.

Es tal la magnitud del problema de salud pública derivado del consumo de tabaco, que se debe adoptar una actitud activa frente al tabaquismo, cuando

además se tiene constancia que el 57.4 % de los fumadores no han recibido nunca consejo antitabáquico.<sup>57, 58</sup>

### **3) CONSUMO PERSISTENTE DE TABACO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:**

En muchas partes del mundo los profesionales de la salud, a pesar que desempeñan una función importante en el control del tabaco siguen consumiendo tabaco, a menudo a una tasa similar, sino mayor que la del público en general. En Rusia, la prevalencia para los médicos (mujeres) también es mayor (13%) que para la población femenina en general 9,7%, lo que demuestra cómo se ha propagado la epidemia entre las mujeres. En España, la prevalencia del consumo de tabaco entre las mujeres de la medicina es alta, y entre las enfermeras es mayor que el de la población femenina en general.<sup>59</sup> Es sabido que los profesionales de la salud que consumen tabaco suelen participar menos en actividades de control del tabaco. De hecho, una encuesta realizada en 2003 en varios países indicó que las tasa de tabaquismo entre enfermeras y médicos responden al nivel de las actividades de control de tabaco en un país.<sup>60</sup>

Se sabe que la prevalencia de tabaquismo en enfermeras es tradicionalmente alta, por lo que en Estados Unidos, se creó la iniciativa Enfermeras Libres del Tabaco para ayudar a los pacientes de las enfermeras a dejar de fumar y para ayudar a otras enfermeras a hacer lo mismo. Se describen así mismas como “enfermeras que quieren beneficiar a enfermeras y pacientes, y promover una sociedad libre de tabaco”.<sup>61</sup> Este es un ejemplo de la clase de iniciativas que se requieren para ayudar a los profesionales de la salud a dejar el consumo de

tabaco. Por lo que se insta a los profesionales de salud a tomar cartas en el asunto y formar entre ellos mismos iniciativas para ayudar al propio equipo multidisciplinario de salud a abandonar este hábito de tal forma que cuando el paciente requiera asesoría para el abandono del tabaco sean modelos a imitar y se logre éxito ante esta problemática.

### **INTERVENCIONES DEL PERSONAL DE FARMACIA.**

Los farmacéuticos deberán participar activamente a que la población tome conciencia sobre los riesgos asociados al consumo del tabaco y, por tanto, a promover el abandono del tabaco o reducción de su consumo. Por su formación y experiencia, el farmacéutico es uno de los profesionales sanitarios mejor preparados para desarrollar acciones sanitarias encaminadas a promover estilos de vida saludables. Además el farmacéutico de oficina de farmacia, es un profesional sanitario que posee un alto grado de credibilidad y que desarrolla su labor desde un establecimiento sanitario accesible y más frecuentado por la población, por lo que debe sacarse el máximo apoyo de estas cualidades sanitarias, en las acciones encaminadas a transmitir los riesgos derivados del consumo del tabaco.

El farmacéutico de la comunidad es uno de los pocos profesionales de la asistencia sanitaria que tiene interacciones regulares con un gran número de personas “sanas” y “enfermas”.<sup>62</sup> Esto debería brindar una excelente oportunidad a los farmacéuticos para contribuir a la promoción de la salud y las actividades de prevención de enfermedades, en colaboración con otros prestadores de atención sanitaria. Por otro lado cuando el paciente presente un nivel muy alto de dependencia a la nicotina, sufrir patologías no controladas y

encontrarse en situaciones fisiológicas especiales (embarazo y lactancia), el farmacéutico canalizará al paciente con su médico el cual le dará tratamiento adecuado.

Actualmente existen formas comercialmente disponibles de tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) al alcance de los farmacéuticos las cuales son eficaces para promover el abandono del hábito de fumar y aumentar las tasas de abandono de 1,5 a 2 veces, independientemente del contexto.<sup>63</sup> La promoción del abandono del hábito de fumar es una actividad particularmente apropiada para el farmacéutico de la comunidad porque la TRN está disponible sin prescripción en muchos países, aunque no necesariamente en todas las formulaciones que existen.

Sin embargo los farmacéuticos han identificado varias barreras que pueden inhibirlos de participar en las actividades para el abandono del hábito de fumar, incluida la falta de habilidades para la consejería,<sup>64</sup> las características personales de los farmacéuticos, las consideraciones prácticas de los lugares, las características de los pacientes y las preocupaciones económicas.<sup>65</sup>

Se ha mostrado que los farmacéuticos pueden desempeñar un papel en el ofrecimiento de consejería a los fumadores,<sup>66</sup> el asesoramiento de promoción de salud con respecto al hábito al abandono brindado por los farmacéuticos de la comunidad adiestrados, es valorado por sus clientes,<sup>67</sup> que los farmacéuticos de la comunidad que aconsejan a los pacientes, pueden mejorar las tasas de abandono de hábito de fumar, a si mismo un programa de abandono del hábito de fumar basado en el farmacéutico puede mejorar la calidad de vida de los pacientes relacionada con la salud, durante su intento de abandono y que las intervenciones de las farmacias pueden ser costo-efectivas.<sup>68</sup>

El número limitado de estudios hasta la fecha, indica que los farmacéuticos de la comunidad adiestrados que proporcionan consejería y un programa de apoyo de mantenimiento de registro para sus clientes, pueden tener un efecto positivo sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. Sin embargo los farmacéuticos remarcan la importancia de un enfoque multidisciplinario, para el abandono del hábito de fumar y la necesidad de mejorar las relaciones con médicos generales locales por lo que se podría lograr mucho más mediante un enfoque coordinado para las intervenciones que involucren a todos los miembros del equipo de asistencia sanitaria.

Sin embargo las barreras principales que los farmacéuticos consideran que influye más activamente en las intervenciones para abandonar el hábito de fumar son las limitaciones de tiempo.<sup>69</sup>

En el ámbito odontológico al estar tratando frecuentemente con pacientes que tienen el hábito de fumar y quieren dejar de hacerlo se extenderá una receta con autorización del paciente en la cual se dará a conocer la adicción, y de esta forma el personal farmacéutico nos será de gran apoyo para reforzar la intervención antes abordada por el dentista y en conjunto lograr que el paciente abandone tal adicción.

## **PAPEL DEL FARMACEUTICO EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO**

### **Evaluación Epidemiológica:**

- Determinar patrones de consumo.

- Identificar riesgos reales.

### **Actuación Primaria; función preventiva.**

- Actividad educadora, explicando al paciente los riesgos asociados.
- Incidir en la prevención en determinados colectivos (mujeres y jóvenes) a los que se encuentran especialmente próximos

### **Prevención Secundaria:**

- Reducir el consumo de tabaco o, en su defecto, mejorar los patrones de consumo.
- Destacar los beneficios del abandono del tabaco.
- Realizar un seguimiento de los pacientes que deciden dejar de fumar, reforzando su motivación y asegurando un adecuado cumplimiento del tratamiento.
- Apoyo al paciente para asesorarle sobre los problemas que se encuentre al dejar de fumar.
- Seguimiento del tratamiento con terapia sustitutiva nicotínica (TSN), así se consigue duplicar el éxito de las intervenciones
- El farmacéutico como un modelo de abstinencia al tabaco para la comunidad no deberá permitir que en la farmacia se vendan, tabaco ni productos afines.

El personal de las farmacias comunitarias pueden ser una fuente de información y apoyo para las personas que traten de dejar de fumar, preguntando de una manera breve sobre el uso de tabaco, asesorar al a los usuarios de tabaco para que abandonen el hábito, y evaluar la voluntad del paciente ya que esta es de gran importancia para lograr el éxito, esto se puede realizar durante una visita y requiere relativamente poco tiempo. Esto indica que el personal de farmacia de la comunidad tiene tal importancia para contribuir de forma significativa a los objetivos del abandono del hábito.

## **INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR.**

El consumo de tabaco ha alcanzado proporciones epidémicas en muchos países en vías de desarrollo, mientras permanece estable en las naciones industrializadas.<sup>70</sup> Los dos factores siguientes pueden ayudar a reducir la prevalencia del hábito de fumar cigarrillos:

- Entre el 79% <sup>71</sup> y el 90% <sup>72</sup> de los fumadores desean dejar de fumar y
- El 70% de los fumadores visitan a un profesional de asistencia sanitaria cada año. <sup>73 74</sup>

De tal forma que las enfermeras, con el mayor número de prestadores de asistencia sanitaria en todo el mundo, participan en la mayoría de estas visitas y por consiguiente podrían lograr un gran efecto en la reducción del consumo de tabaco. <sup>75</sup> Por tal motivo ocupan un lugar destacado en el abordaje del tabaquismo tanto por su accesibilidad como por su papel como educadores de la salud, por lo que es indispensable que estén ampliamente capacitadas para abordar este tema. Contar con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ayudar a las personas las cuales deseen dejar de fumar, dado que en el ambiente en el cual se desarrollan ven a millones de personas todos los días en una gran variedad de contextos y situaciones. Se ha visto que una información estructurada, clara y precisa presentada por estos profesionales tanto en la asesoría individual como grupal, en las salas de espera, tiene efectividad. Así mismo se ha demostrado que las intervenciones para fomentar el abandono del hábito de fumar dirigidas por personal de enfermería aumentan las probabilidades de éxito en la abstinencia del tabaco hasta en un 50%.

Por otro lado además, de tener un papel educativo activo como responsables de la ejecución del consejo, también tienen un importante papel ejemplar como

modelos a seguir e imitar en relación con la adquisición y el mantenimiento de los hábitos más extendidos entre la población, como es el tabaquismo. De ahí que todos los profesionales de la salud deben dar la importancia que merece el “papel ejemplar” como promotor de la salud y hábitos saludables, comportándose ellos mismos, como no fumadores. En un estudio realizado en el ámbito hospitalario, revela el escaso conocimiento de los profesionales de la salud de su función modélica al considerar el 39% de los enfermeros que su comportamiento como fumadores tenía escasa influencia ante sus pacientes.

Es esencial realizar una revisión sobre la función de la enfermería en el abandono del hábito de fumar si la profesión apoya, “la educación del paciente y las intervenciones de la asistencia sanitaria preventivas para detener el consumo de tabaco ya que estas deberían formar parte de la práctica de la enfermería”.<sup>76</sup> El objetivo primario de esta revisión fue determinar la efectividad de las intervenciones que brinda la enfermería en la conducta ante el hábito de fumar.

Las hipótesis de estudio A priori establecieron que las intervenciones para el abandono del hábito de fumar que brinda la enfermera:

- Son más efectivas que si no se brindan intervenciones.
- Son más efectivas si la intervención es de mayor intensidad
- Difieren en efectividad con el estado de salud y contexto de los receptores
- Son más efectivas si incluyen seguimientos
- Son más efectivas si incluyen ayudas que demuestren el efecto fisiopatológico del hábito de fumar.

La intervención de enfermería se define como el suministro de consejos, asesoramiento o estrategias para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. De tal forma que el consejo y el apoyo del personal de enfermería podrían

aumentar el éxito para que las personas dejen de fumar, especialmente en el área hospitalaria. Los consejos y los estímulos similares brindados por las enfermeras en controles de salud o en actividades de prevención pueden ser menos efectivos, pero todavía pueden lograr cierto impacto.

Por otro lado se realizó otro estudio donde los participantes fueron fumadores adultos de 18 años o más y de ambos sexos, reclutados en cualquier tipo de contextos de asistencia sanitaria. La revisión incluye estudios del abandono del hábito de fumar que compararon la atención habitual con una intervención, el consejo breve para el abandono del hábito de fumar de mayor intensidad o diferentes tipos de intervenciones. Los consejos se definieron como indicaciones verbales de enfermería para “dejar de fumar”. Se agruparon las intervenciones en baja y alta intensidad para su comparación.

Baja intensidad: definida como los ensayos en que se proporcionaron consejos (con o sin folletos) durante una única consulta que duró 10 min. O menos, con solamente una visita de seguimiento.

Alta intensidad: definida como los ensayos en que el contacto inicial duró más de 10 minutos había materiales adicionales p. eje. Manuales o estrategias distintas a los simples folletos y que generalmente los participantes tuvieron más de un contacto en el seguimiento. El resultado principal fue el abandono del hábito de fumar, en lugar de una reducción de los síntomas de retiro o una reducción del número de cigarrillos fumados. Las mismas enfermeras que realizaron la intervención brindaron un consejo breve y sistemático y entregaron materiales de autoayuda.

Hajek 2002 y otros cuatro estudios compararon dos intervenciones que incluyeron una enfermera. Tres de estos probaron componentes adicionales

como parte de una sesión; demostración de los niveles de monóxido de carbono (CO) para aumentar la motivación a dejar de fumar, <sup>77</sup> retroalimentación de CO y espirometría, <sup>78</sup> Retroalimentación de CO, materiales adicionales y un ofrecimiento para encontrar un compañero de apoyo. <sup>79</sup> Dos incluyeron sesiones adicionales de asesoramiento con una enfermera. <sup>80</sup> Otro estudio comparó dos intervenciones con un control de atención habitual. <sup>81</sup>

Los casos de menor intensidad incluyeron una sesión de asesoramiento y una llamada telefónica después del alta hospitalaria. En los casos de mayor intensidad, los participantes recibieron tres llamadas telefónicas adicionales y aquellos que recayeron se les ofrecieron otros encuentros “cara a cara”, y el tratamiento de reemplazo de nicotina cuando fue necesario.

Por lo que los resultados de los fumadores que recibieron consejos de un profesional de enfermería tuvieron una mayor probabilidad de dejar de fumar en comparación con los fumadores sin una intervención de enfermería. Sin embargo, la intervención también fue efectiva en aquellos a los que no se les prescribió el TRN: Los que recibieron el TRN eran fumadores intensos (Con niveles más altos de adicción) que lograron tasas de abandono del hábito inferiores que las de los que no realizaron el TRN.

Los hallazgos confirmaron que es probable que una intervención de enfermería que refuerza o complementa el consejo de los médicos u otros prestadores de la salud sea un componente para ayudar a los fumadores a dejar el hábito. Los resultados de esta revisión indican los beneficios potenciales de las intervenciones que las enfermeras brindan a sus pacientes.

Se demostró que el tratamiento de reemplazo de nicotina mejora las tasas de abandono del hábito cuando se utiliza junto con un asesoramiento para el

cambio conductual, y debe considerarse como un cumplimiento importante, pero no como un reemplazo de las intervenciones de enfermería.<sup>82</sup>

El desafío será incorporar intervenciones para el abandono del hábito de fumar como parte de la práctica habitual, para que todos los pacientes tengan la oportunidad de responder acerca del consumo de tabaco y de recibir consejos para dejar de fumar junto con un refuerzo y un seguimiento.



**CAPITULO V INTERVENCIONES PARA EL ABANDONO DEL TABACO EN  
EL AMBITO ODONTOLÓGICO**

El daño provocado por el tabaquismo no se manifiesta de inmediato, generalmente pasan algunos años entre el momento en que se inició el hábito de fumar y la aparición de los primeros síntomas de las enfermedades. Está comprobado que reduce la duración de la vida e incrementa la incidencia de cáncer.

La boca es el lugar del cuerpo por el que se introduce el tabaco en nuestro organismo y por lo tanto el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros, condicionándose al tipo de tabaco, cantidad, calidad y forma de hábito. En la consulta, desde el momento en que un paciente abre la boca por cualquier exploración básica ya sabemos si fuma o no, el hábito de fumar cigarrillos se asocia con un mayor riesgo de enfermedades de la boca,<sup>83</sup> está claro que las manifestaciones del hábito tabáquico allí deben ser evidentes estas son: pigmentación lingual, pigmentación dentaria, paladar del fumador, leucoplasia, mayor índice de periodontitis y de gingivitis ulceronecrosante aguda, disminución del gusto, halitosis.

Las intervenciones de asesoramiento para el abandono del tabaco proporcionadas por profesionales de la salud oral pueden ser efectivas para ayudar a los consumidores de tabaco a dejarlo. El dentista debe alertar a su paciente durante las visitas consecutivas a la que estos acuden sobre los efectos que el tabaquismo causa en la cavidad oral y la salud en general. El tabaco expone la cavidad oral a carcinógenos tóxicos que pueden intervenir en el inicio y la promoción del cáncer, o el carcinoma.<sup>84</sup>

El tabaco es el inductor principal del carcinoma de células escamosas (CCE) de la boca y se considera responsable de un 50% a un 90% de los casos en todo

el mundo.<sup>85</sup> <sup>86</sup> La incidencia de CCE es cuatro a siete veces mayor en los fumadores que en los no fumadores.<sup>87</sup> El cáncer y las lesiones preneoplásicas de la boca ocurren con mayor frecuencia en los fumadores por lo que dejar de fumar disminuye el riesgo del cáncer en un periodo de cinco a diez años,<sup>88</sup> dado a la información recabada es de gran importancia la participación de los dentistas que en su chequeo clínico de carácter rutinario ofrezcan asesoramiento y prevención ante este hábito.

La exposición al tabaco es también perjudicial para la salud periodontal, y la situación con respecto al hábito de fumar es un factor importante en el pronóstico del tratamiento periodontal, la curación de la lesión oral, el tratamiento del implante y la odontología cosmética.<sup>89</sup>

El hábito de fumar produce cambios de coloración en los dientes y las restauraciones dentales y se asocia con halitosis, disminución del gusto y una mayor prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal.<sup>88</sup> El aumento de la enfermedad periodontal ha sido asociado a la reducción del flujo sanguíneo gingival producido por la nicotina, además de existir mayor riesgo de padecer gingivitis ulceronecrosante aguda.

El abandono del hábito de fumar puede detener la progresión de la enfermedad y mejorar los resultados del tratamiento periodontal.<sup>88</sup> Se ha visto que el 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.<sup>90</sup>

Por otro lado se ha informado que el consumo de tabaco sin humo de igual manera causa caries dental y cambios de coloración en las restauraciones dentales. El tabaco de mascar, en particular se asocia con un mayor riesgo de

caries dental debido al contenido de azúcar y mayor recesión gingival. Las partículas abrasivas del tabaco de mascar pueden contribuir a un desgaste significativo de los dientes, que pueden requerir restauraciones dentales en los casos avanzados.<sup>91</sup> Estudios transversales han indicado que los consumidores de tabaco sin humo con gingivitis coexistente tienen tasas altas de recesión gingival, enfermedades de la mucosa y caries dental.<sup>92</sup> El consumo de tabaco sin humo también se ha asociado con pérdida irreversible de los anexos gingivales, lo que resulta en la exposición de las raíces.<sup>93</sup> Los efectos del consumo de tabaco sin humo se observan habitualmente en las localizaciones anatómicas donde el tabaco se pone en contacto con la mucosa, como el vestíbulo labial y la región periodontal adyacente. Tanto la prevalencia como la gravedad de las lesiones de la boca relacionadas con el tabaco muestran una relación dosis- respuesta con la cantidad, frecuencia y duración de la exposición al tabaco sin humo.<sup>94</sup> La exposición crónica puede causar leucoplasia,<sup>95</sup> una lesión preneoplásica.<sup>96</sup> El riesgo puede variar según el tipo de tabaco sin humo consumido, dado que las tasas más altas o el cáncer de boca se observan en los países donde el tabaco sin humo se consume con aditivos (p. eje. la nuez de betel).<sup>97</sup>

El área de la práctica dental brinda una oportunidad única de ayudar a los consumidores de tabaco a lograr la abstinencia.<sup>98</sup> Comparados con otros profesionales de salud, los odontólogos aprecian con mayor exactitud el consumo de tabaco por los pacientes.<sup>99</sup> Sin embargo los odontólogos son menos consecuentes y apoyan menos la intervención, y es menos probable que informen tener amplios conocimientos o habilidades en el tema del abandono del tabaco, y es más probable que perciban los obstáculos a las intervenciones contra el tabaco.<sup>99</sup> Sin embargo más del 40% de los odontólogos no preguntan sistemáticamente sobre el consumo de tabaco y un 60% no recomienda sistemáticamente a los consumidores que abandonen el hábito.<sup>100</sup>

Mientras un 65.5 % de los odontólogos consideran que sus pacientes no esperan que se les brinden servicios para el abandono del consumo de tabaco, el 58.5 % de sus pacientes sienten que deben proporcionarse tales servicios.<sup>101</sup> Las barreras a la prestación de servicios para el abandono del consumo de tabaco incluyen la preocupación por la resistencia del paciente,<sup>102</sup> falta de conocimiento, falta de tiempo,<sup>103</sup> falta de compensación económica,<sup>104</sup> y preocupación por la coordinación deficiente de la atención entre la odontología y los servicios de abandono del consumo de tabaco.<sup>99</sup>

Sin embargo se evaluó la efectividad de las intervenciones para el abandono del consumo de tabaco ofrecidas a los fumadores del tabaco sin humo en el consultorio dental o en el contexto de la comunidad.

- 1) En ámbitos odontológicos, las intervenciones de orientación breve para el abandono del consumo de tabaco son más afectivas que en la atención habitual para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores.
- 2) Las intervenciones de orientación breves para el abandono del consumo de tabaco realizadas por los odontólogos, combinadas con el tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN), son más efectivas que el TRN solo para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores.
- 3) Las intervenciones sobre el consumo de tabaco que incorporan retroalimentación (Feedback) al paciente de un examen bucodental son más efectivas para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores que las que no la incorporan.

- 4) Las intervenciones del consumo de tabaco realizadas por los profesionales de la salud dental son más efectivas que las intervenciones realizadas por otros profesionales de la asistencia sanitaria para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores.

Las intervenciones podían incluir asesoramiento breve para el abandono, entrega de materiales de autoayuda, asesoramiento, farmacoterapia o cualquier combinación de éstos, o la referencia a otras fuentes de apoyo. De acuerdo con una revisión realizada por la Biblioteca Cochrane Plus existen seis estudios que mostraron que la orientación para el abandono del consumo de tabaco proporcionada por profesionales de salud oral es beneficiosa.

Un estudio en el consultorio dental se dirigió tanto a los fumadores como a los consumidores del tabaco sin humo.<sup>105 106</sup> En los estudios del consultorio dental se incluyeron consumidores de tabaco que no buscaban activamente tratamiento (es decir sin consentimiento).<sup>106</sup> Las intervenciones en el contexto del consultorio dental se realizaron durante las visitas sanitarias en la práctica dental general. En los estudios comunitarios en escuelas, los consumidores del tabaco tenían que estar de acuerdo en participar y se obtuvo un consentimiento informado, incluyeron deportistas masculinos que realizaban estudios secundarios y universitarios sin criterios de edad preespecificados.<sup>107</sup>

En uno de los estudios comunitarios en escuelas, se usó el tratamiento de reemplazo de nicotina en forma de chicle (2mg).<sup>108</sup> El chicle se reforzó con asesoramiento proporcionado por un profesional dental. En la mayoría de los estudios, los odontólogos e higienistas dentales proporcionaron asesoramiento en las intervenciones que con mayor frecuencia incluyeron combinaciones de una revisión oral, retroalimentación de la revisión oral en cuanto los efectos del

consumo de tabaco, un mensaje para abandonarlo, la orientación motivacional con el uso de material impreso o presentaciones con medios y la autoayuda.

De los cinco estudios dirigidos a consumidores de tabaco sin humo, cuatro informaron todos los resultados de abstinencia del tabaco. En tres estudios, se notificó la prevalencia puntual como resultado primario. Un estudio informó la abstinencia como la prevalencia puntual a la semana (siete días), <sup>109</sup> mientras que tres designaron la prevalencia puntual de la abstinencia a los 30 días.<sup>107</sup>

Tres estudios usaron la abstinencia continua o “mantenida” como ningún consumo de tabaco a los tres y a los 12 meses o ningún consumo de tabaco actual a los 12 y 24 meses después del abandono antes del mes de seguimiento.<sup>110</sup>

En conclusión las intervenciones realizadas en el consultorio dental y en el contexto de la comunidad escolar son más efectivas que la atención habitual para promover el abandono del consumo de tabaco. La abstinencia de tabaco agrupada a los 12 meses fue 1,44 OR (IC del 95%: 1,16 a 1,78). Esto implica una diferencia en las tasas de abandono de un 35% entre los grupos que recibieron la intervención conductual y los que no la recibieron.

Se ha demostrado que el asesoramiento breve por los médicos es efectivo para promover el abandono,<sup>117</sup> y esta revisión indica que lo mismo puede esperarse de los odontólogos que interactúen con los consumidores del tabaco sin humo. Si el consumidor está preparado para dejarlo, el odontólogo puede ofrecer asistencia específica y proporcionar atención durante el seguimiento. Los beneficios para la salud pública de las intervenciones para el abandono del consumo de tabaco en ámbitos odontológicos son potencialmente significativos.

Todo el equipo odontológico debería ser consciente de la relación que existe entre el fumar y los problemas dentales que ocasiona este hábito, como profesionales sanitarios. entendemos que tenemos una responsabilidad respecto a los pacientes fumadores, que incluye, por supuesto, el tratamiento de las lesiones producidas por el tabaco, pero también el consejo sanitario tanto en pacientes con lesiones evidentes, como en aquellos que sabemos las van a desarrollar si no dejan de fumar. Así que la intervención de los odontólogos contribuirá a la reducción en la prevalencia del consumo, a si como también lograr éxito en los tratamientos dentales y el desarrollo de habilidades al momento de intervenir con el consejo para dejar de fumar respectivamente.

Existen evidencias de que el tratamiento clínico para dejar de fumar en consultas odontológicas es tan efectivo como en otros ámbitos sanitarios. Sin embargo, desafortunadamente, la preparación para ello de la mayoría de los dentistas es escasa, por no decir nula. Este es un problema que afecta a los dentistas en todo el mundo, no sólo en nuestro país, debido a la falta de interés que estos tienen para involucrarse. En este sentido la evidencia pone de relieve la importancia que el odontólogo debe dar a esta problemática ya que tiene un efecto directo en enfermedades y tratamientos bucodentales es por eso que, se invita a todo profesional de la odontología a que se involucren de una manera más constante en promover la reducción del consumo de tabaco pues son estos los que se enfrentan al fracaso y limitación de los tratamientos dentales. De tal manera que el odontólogo hará un espacio en su consulta para dar a conocer los efectos del tabaco, dado que en algunas ocasiones los odontólogos no dan la importancia que se debiera ante este hábito. Como se puede observar la incorporación de los odontólogos en la política de control de esta epidemia tiene el reto de lograr que las líneas de investigación y prevención puedan ser exploradas en los diferentes ámbitos donde se ejerce esta profesión; tanto a nivel de consultorio dental, como de la enseñanza superior.



**CAPITULO VI EL CONSEJO MÉDICO Y DEL ODONTÓLOGO COMO  
INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA PARA INFLUIR EN EL ABANDONO DEL  
TABAQUISMO**

El tabaquismo se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública en el mundo ya que las enfermedades relacionadas con el tabaco son una causa muy importante de incapacidad y muerte prematura. Pero afortunadamente cada vez son más los profesionales de la salud que asumen un papel activo para evitar este desastre. Por lo que un consejo se traduce en más abandonos precoces, de tal forma que la prevalencia del tabaquismo esta bajando, sobre todo en varones y esto se refleja ya en algunos cambios positivos en la epidemiología. Resultado de una profesión responsable socialmente, que no se limita a cumplir con sus obligaciones con los pacientes individuales, sino que asume también retos ante los grandes problemas de salud de origen social como el tabaco. Sin embargo si no se toman medidas de control eficaces se calcula que el consumo de tabaco causará dos millones de fallecimientos al año y se estima que para el año 2020 pasará a ser la tercera causa más frecuente a la par del VIH/SIDA.

Se dice que la educación sanitaria impartida mediante el consejo médico en el ámbito asistencial es el instrumento que presenta un mayor potencial en la medicina clínica preventiva. De tal forma que los profesionales de la salud en donde esta incluido el odontólogo son el grupo social con mayor capacidad de incidir positiva o negativamente sobre los conocimientos, las actitudes y las conductas o los comportamientos de salud de los individuos, Por lo que el estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona y también como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza.

Aunque resulta difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran alguna influencia sobre la salud, existe una serie de patrones de conducta que se encuentran entre los factores de riesgo más importante de los principales problemas de salud en la actualidad, como lo es el consumo de tabaco.

Por lo tanto, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, hábitos y acciones de las personas para mantener restablecer o mejorar su salud. Tales son el resultado de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no solo del presente sino también de la historia personal del sujeto. Dichas acciones se refieren a formas cotidianas de vivir que se aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. En este caso la educación para la salud juega un papel importante como factor cognitivo que determina o predispone cambios en la conducta y la adopción de estilos de vida saludables.

Acorde a esto la educación para la salud nos permite fomentar estilos de vida sanos, tiene como objeto mejorar la salud de los pacientes. De tal forma que desde el punto de vista preventivo el odontólogo tiene la capacidad de intervenir modificando dichos estilos capacitando a las personas para evitar los problemas de salud bucal en este caso con relación al tabaquismo mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien evitando sus posibles consecuencias. Por lo que una tarea primordial que debe asumir el odontólogo es modificar los malos hábitos durante las consultas dentales rutinarias y por otro lado instruyendo a la población para que pueda obtener formas de vida saludables. Dichas modificaciones deben ser el objetivo común de la educación sanitaria, en la actualidad. Tanto los comportamientos como los estilos de vida

insanos constituyen los principales determinantes de la salud en los países industrializados.

Cabe mencionar que para que existan estilos de vida saludables todo individuo deberá visitar al dentista por lo menos dos veces al año, con el fin de cambiar sus hábitos, realizar un chequeo bucodental completo y así mismo prevenir afecciones dentales. Por tal motivo es conveniente que el odontólogo conceda un tiempo adecuado a la entrevista con el paciente, de tal forma que exista una buena relación entre ambos y así mismo transmitirle confianza, siempre y cuando no haya una emergencia que requiera inmediata intervención.

Un paso primordial que se debe dar para modificar en este caso el hábito del tabaco es incluir en las historias clínicas preguntas que permitan conocer el grado de dependencia a dicho hábito por lo que se debe agregar una ficha de evaluación del tabaco y de esta manera poder actuar con más certeza ante tal problema, por lo que esta aplicación debería incorporarse como rutinarias en la práctica asistencial diaria, de tal forma que se logrará llevar un control eficaz de los pacientes ya sea fumador o no, por lo tanto al no enterarse de la historia del tabaquismo personal y/o familiar será imposible proporcionarle al paciente algún tipo de ayuda médica, dicha ficha se explica de una forma más detallada en los anexos.

Al revisar al paciente, el odontólogo deberá percatarse si es o no un adicto al tabaco, por lo que al realizar el chequeo bucal los signos que se deberán buscar son: tinción dentaria, lengua vellosa, pigmentación de la mucosa, lesiones blancas en el paladar duro, halitosis entre otros y síntomas como son a corto plazo aumento de ritmo cardiaco y de la presión arterial, tos, faringitis, dolor de cabeza, fatiga, bronquitis, efisema pulmonar; a largo plazo cáncer de pulmón, boca y de laringe, dependencia física, con su correspondiente

síndrome de abstinencia, manifestaciones comportamentales derivadas de los momentos de abstinencia (irritabilidad, ansiedad). En este caso será el asesoramiento para dejar el hábito del tabaco.

Mientras el consumo de tabaco disminuye en los países desarrollados, aumenta en los países en desarrollo en poco más de 3% cada año. Se ha calculado que aproximadamente el 70% de los fumadores de un país desarrollado visita a su médico de familia al menos una vez al año y el 50% realiza una consulta al dentista. <sup>111 , 112</sup>

La entrevista sanitaria en relación médico - paciente, que tiene lugar durante la consulta médica como odontológica proporciona muchas oportunidades de impartir consejo de educación sanitaria, e incidir favorablemente sobre los estilos de vida y las conductas de salud de los pacientes, como sucede con el consejo de cese del tabaquismo. <sup>113</sup> A la hora de prescribir la deshabitación tabáquica siempre se deberá establecer, en primer lugar una relación de confianza con el paciente a la vez que se resuelven los motivos de consulta del paciente, postergando el consejo antitabaco a la llamada fase “resolutiva” de la consulta, dado que difícilmente serán entendidos los consejos si previamente no se han tenido en cuenta estos aspectos. <sup>114</sup> Por otro lado hay que tener presente que en cada visita sólo se debe abordar un hábito de vida que quiera modificarse, en este caso será el abandono del tabaco. Cabe señalar que tanto médicos como odontólogos deben realizar una entrevista motivacional, en la que será el propio paciente el que argumente sus motivos para el cambio; la labor del sanitario es ofertar la mejor ayuda a cada uno y apoyarlos, la cual dependerá de la fase en la que se encuentre. Para obtener el máximo rendimiento de la entrevista motivacional, se recomienda utilizar preguntas abiertas, resaltar los aspectos positivos de ésta, resolver dudas y aclarar los

temores-mitos que puede haber alrededor del proceso de deshabituación tabáquica.<sup>114</sup>

El consejo médico antitabáquico ha demostrado claramente su efectividad, que se ve aumentada si se acompaña de un documento informativo o guía práctica para dejar de fumar, de apoyo por parte de otros profesionales sanitarios, y de seguimiento por parte de dichos profesionales. Por lo tanto, el médico como el odontólogo realizará el seguimiento correspondiente en cada caso particular del paciente mediante un sistema de citas concertadas en las que analizará la evolución del proceso, reforzará su motivación, le enseñará a afrontar los malos momentos o incluso las recaídas y, en definitiva, le ayudará, como sanitario al servicio de la sociedad, a lograr el tan ansiado abandono definitivo del tabaco.

El objetivo fundamental de cada consulta debería ser ayudar al fumador a acercarse un paso más al abandono. Las tres fases esenciales de tratamiento a cargo del médico y del odontólogo son la valoración, la intervención y el seguimiento. Durante la fase de valoración se recogen datos sobre el estado de salud, la adicción a la nicotina, los intentos previos de abandono y el interés por sí mismo. La mayoría de los pacientes están interesados en dejarlo y progresan hasta la fase de intervención. Por lo que se informará a los fumadores acerca de las ventajas del abandono y del proceso clínico del mismo. Así mismo se aconseja al fumador que elija una fecha para dejarlo y que corte radicalmente la adicción. Se elige un método de abandono y se pone en práctica. Aunado a esto los médicos con frecuencia facilitan material educativo, consejo y recientemente tratamiento de sustitución nicotínica.

Los profesionales odontólogos juegan un papel muy importante en este campo por el papel educativo y asistencial que desarrollan en la sociedad. En este sentido tienen una posición privilegiada para identificar, de una manera precoz,

los efectos del tabaco en la salud bucodental de la población adolescente, juvenil y en las mujeres embarazadas y para facilitar consejo y asesoramiento a los pacientes fumadores, pues como se mencionó antes en la boca es su puerta de entrada y es ahí donde las manifestaciones son evidentes. Las pruebas científicas que demuestran la relación existente entre el hábito de fumar y los problemas bucales son muy convincentes y subrayan la necesidad urgente que el equipo odontológico se implique en las actividades relacionadas con el abandono del tabaquismo. <sup>115</sup>

En las consultas dentales se debe informar a los pacientes de la relación del tabaco con muchos problemas orales y estar entrenado para dar consejo sanitario sobre como dejar de fumar. El paciente que deje de fumar con ayuda tiene muchas más probabilidades de lograrlo que el que lo intenta solo. De tal manera que habría que involucrar al personal de consulta a participar activamente en las actividades rutinarias de lucha contra el tabaco para que en conjunto se logre una mayor eficacia. Por ello como profesional de la odontología puede hacer algo a favor de la prevención y tratamiento de este problema tan arraigado en la sociedad.

Los médicos y otros profesionales de salud generalmente no evalúan en los pacientes de manera sistemática el consumo de cigarrillos o tabaco y en consecuencia no hacen la intervención básica mínima para ayudarles a evitar o abandonar el consumo. <sup>116</sup> Cuando el paciente informa su deseo de abandonar el consume, lo primero que se debe hacer es evaluar la firmeza de su deseo o intención. Es muy importante no apresurarse a iniciar una intervención orientada a que el paciente deje el cigarrillo cuando es poco firme su deseo de abandono. <sup>117</sup> En casos así, cuando los pacientes de entrada responden negativamente, es preferible asesorarlos sobre la importancia de abandonar el consumo y en una próxima consulta reevaluar su intención; a los que muestren

una alta motivación e intención de abandonar el consumo de cigarrillo, se le deben mostrar las diferentes formas de hacerlo y garantizarles un adecuado seguimiento.<sup>118</sup>

Por otra parte, el número de cigarrillos fumados está relacionado con la intención de dejar de fumar; las personas con alto consumo están menos deseosas de abandonarlo porque lo consideran una tarea muy difícil, lo mismo que los consumidores de pocos cigarrillos al día porque piensan que lo pueden hacer cualquier día que lo intentan.

La valoración del grado de dependencia se puede realizar de forma subjetiva u objetiva. De forma subjetiva mediante el número de cigarrillos fumados al día, el tiempo transcurrido desde que se levante de la cama por la mañana hasta que fuma el primer cigarrillo, el número de intentos de deshabituación fallidos por presentar síndrome de abstinencia severo dentro de la primera semana de deshabituación, y fundamentalmente mediante el test de Fagerström (se muestra en la tabla 2 de anexos), de tal forma que cuando un sujeto no cumpla todos los criterios de clasificación en uno u otro tipo de categoría a la hora de su valoración terapéutica, el criterio que debe ser valorado con mayor peso específico en la puntuación en dicho test,<sup>119</sup> en el que con la contestación de una serie de preguntas nos permite clasificar la dependencia nicotínica del fumador en baja, moderada o alta, en función de si la puntuación obtenida es menor de 4, entre 4 y 6, o igual o mayor de 7 puntos respectivamente.<sup>120</sup> Una vez que el paciente decide dejar el cigarrillo es muy importante recalcarle que la meta del tratamiento es el abandono total del consumo.

## EL CONSEJO MÉDICO Y ODONTOLÓGICO

Pilar fundamental en el tratamiento y sobre todo en la prevención del tabaquismo, actividad prioritaria para conseguir disminuir la prevalencia de lo que hoy en día se considera la principal causa de muerte en el mundo. Este se considera el procedimiento con mejor coste-eficacia de los existentes. Además del asesoramiento y el apoyo social, las ayudas farmacológicas resultan seguras y efectivas para aumentar la probabilidad de lograr el éxito en el intento por abandonar el hábito.<sup>121</sup> Por lo que se adaptará el tratamiento a la situación particular de cada fumador, haciéndole progresar racionalmente por distintas fases de abandono del tabaco y posteriormente ayudar a consolidar su abstinencia son las bases del tratamiento del tabaquismo.<sup>122</sup> De tal forma que el consejo médico para la prevención y control del tabaquismo tiene que ser firme, serio, breve y personalizado.<sup>123</sup>

a) Firme y serio. La seriedad y firmeza el “debe o tiene que dejar de fumar” tiene que ser lo suficientemente convincente como para que al menos sea motivo de reflexión. El “debe dejar de fumar” a de ir acompañado del “como” tiene que hacerlo. La seriedad de esta actuación va ligada a la función ejemplarizante del profesional sanitario respecto al consumo de tabaco.<sup>124</sup>

b) Breve. Informar en un primer contacto al fumador de los inconvenientes del consumo de tabaco y de las ventajas de su abandono, con mensajes positivos, pero sin olvidar la realidad y motivador, de manera que contribuya a reafirmar el proyecto de abandono del tabaco, no tiene porque durar más de 3-5 minutos. Tres minutos son suficientes si se aprovechan y se sabe que decir, se acertará en el cómo y la imagen de seguridad ofrecida, que todo paciente busca en su médico, esto ayudará a aumentar la auto-eficacia de la intervención.

En relación con la duración del consejo la Agencia de investigación y calidad para el cuidado de la salud del departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos señala que si se incrementa la intensidad de la intervención lo hace la eficacia (OR: 1.3 para 3 min. Y 2.3 para 10 min.).<sup>125</sup> Lancaster demuestra que un consejo de 5-10 minutos de duración es más eficaz que uno más breve (OR: 1.69; IC 95%: 1.4-1.98).<sup>126</sup>

c) Personalizado.- La epidemia del tabaco no respeta edades y afecta tanto a jóvenes como adultos, a hombres como a mujeres sin embargo en cada individuo tiene una expresión distinta. De tal forma que conocer los motivos que cada fumador tiene para seguir o dejar de fumar es fundamental para realizar un abordaje eficaz y real. Los motivos son distintos en los adolescentes, a los que les preocupa la estética más que el cáncer, en la mujer embarazada, cuya prioridad es la salud de su futuro hijo. Estos son algunos aspectos que se deben recoger y poner de manifiesto en el consejo médico.<sup>127</sup> Abogar por la salud de los hijos por la responsabilidad paterna/materna esta puede aumentar las probabilidades de éxito cuando se está enfrente de padres fumadores. En definitiva, el consejo sanitario debe relacionar el uso del tabaco con la salud/enfermedad actuales y/o sus costes socioeconómicos y/o la afectación a su entorno familiar, así como con los motivos concretos de cada uno para dejar de fumar.

## **DIAGNOSTICO DE ETAPA DE ABANDONO Y SU ENFOQUE TERAPÉUTICO.**

No todos los fumadores se encuentran en condiciones para dejar de fumar de forma inmediata, por lo tanto para ayudar con éxito a los pacientes fumadores, es útil conocer previamente en que fase de abandono se encuentra. El proceso de abandono conlleva a un cambio de conducta a través de 5 etapas, un modelo que permite explicar estas fases de evolución es el definido por Prochaska y DiClemente.<sup>128</sup> Los cuales son precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

**FASE DE PRECONTEMPLACION;** Es aquella en la que los fumadores no consideran seriamente la posibilidad de dejar de fumar. Se puede decir que el fumador es “consonante”, es decir, no hay discrepancias entre lo que piensa y lo que hace. El consejo será más informativo y motivacional que orientado a un tratamiento concreto, buscar motivaciones para cambiar de actitud y favorecer el progreso de abandono del tabaco, darles folletos con información sobre el tabaquismo.

Los fumadores de esta fase son sujetos que, por lo general no se consideran enfermos y por lo tanto no sienten la necesidad de tratamiento alguno y debe tenerse en cuenta que pueden no desear recibir ningún tipo de consejo respecto a su consumo de tabaco, por lo que ha de valorarse el ofrecerlo de forma sistematizada o espaciarlo durante un tiempo prudencial, por ejemplo a lo largo de unos 6 meses, para no encontrar un rechazo que dificulte la relación medico/paciente y en definitiva, el éxito de la intervención.

Para las personas no dispuestas a dejar de fumar (situados en las etapas de precontemplación, contemplación y preparación), pueden ser pacientes que carecen de información sobre los perjuicios del tabaco, o falta de recursos financieros, tener miedo o preocupación sobre aspectos del abandono, o pueden estar desmoralizados debido a recaídas anteriores. Estos pacientes

pueden responder a una intervención motivacional diseñada para educar, tranquilizar y motivar. Los componentes de una intervención motivacional de este tipo podrían abarcar 5 puntos que sugiere el informe del Public Health Service de los estados unidos: relevancia, riesgos, recompensa, resistencia y repetición (5R).<sup>129</sup>

1. **Relevancia:** Valorar la importancia, relevancia, de dejar de fumar, tanto para su situación personal como sociofamiliar.
2. **Riesgo:** Valorar los riesgos de continuar con su conducta de fumar, tanto para él como para los que lo rodean.
3. **Recompensa:** Valorar las ventajas, recompensas, que conlleva el abandono del tabaco. Hacer hincapié en aquellas que por la edad del sujeto le sensibilice en mayor medida.
4. **Resistencia:** Identificar las barreras y dificultades para dejar de fumar y destacar las formas de solucionarlas.
5. **Repetición.** Repetir esta intervención cada vez que visite la consulta odontológica.

FASE DE CONTEMPLACIÓN, durante esta los fumadores entren en una fase “disonante” o de discrepancia, considerando seriamente abandonar el tabaco a medio plazo. Aquí se encuentran el 50% de los fumadores. Se intentará aumentar la auto-confianza de un fumador que seguramente tenga experiencias negativas en intentos previos de dejar de fumar, debemos encauzar nuestros esfuerzos en ayudarles para que cambien el “pensar” por “el actuar para dejar de fumar”, brindarles nuestro apoyo para que lo intenten, favorecer y estimular motivación para dejarlo y mostrarnos optimistas en el éxito.

En este grupo de fumadores adquieren un papel primordial las técnicas Psicológico-conductuales para aumentar la confianza en ellos mismos y que sean capaces de dejar de fumar.

FASE DE PREPARACIÓN, aquí los fumadores se están planteando seriamente el abandono del tabaco y la característica fundamental es que quieren hacer un intento serio de dejar de fumar. Por lo tanto la actuación en esta fase es incitarle a que fijen fecha para el abandono a partir de la cual no deberá fumar ningún cigarrillo. Aquí es beneficiosa la entrega de folletos y guías prácticas para dejar de fumar, tratamientos farmacológicos, así como concertar visitas de seguimiento. En esta etapa se encuentra el 15% de todos los fumadores.

FASE DE ACCION, En esta etapa deciden dejar de fumar y es en esta donde existe mayor riesgo para la aparición de recaídas, lo que lo hace retroceder a una etapa anterior. Aquí debemos reforzar su comportamiento en las sucesivas visitas de seguimiento, ayudarles a superar y a evitar las situaciones que puedan incitarles a recaer y de este modo facilitarles su progresión hacia la siguiente fase. Dar consejo para prevención de recaídas

FASE DE MANTENIMIENTO, cuando un sujeto ha permanecido abstinentes por más de seis meses, en la que consigue un estilo de vida más saludable. Al mantener la abstinencia durante 1 año pasa a ser considerado como un exfumador. Se ofertará apoyo para prevenir recaídas. (Llamadas telefónicas)

## **ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA**

El concepto de intervención mínima se refiere a educación sanitaria que a base de utilizar mensajes educativos e información sanitaria consigue cambios en las actitudes y a la larga de la conducta.

Contenidos indispensables de la intervención mínima:

- Preguntar a cada paciente sobre el hábito tabáquico.
- Registrar los datos personales sobre el consumo de tabaco en la historia clínica.
- El ofrecimiento del consejo médico con las características ya mencionadas
- Ayuda y apoyo psicológico.
- La entrega de material escrito con información y guías para el abandono del tabaco, en función de la fase en la que se encuentre el fumador.
- Seguimiento de su proceso de abandono del tabaco.

Tales pasos están considerados como una de las intervenciones esenciales y más coste-efectivas en el tabaquismo.

En la intervención mínima sistematizada puede diferenciarse una serie de etapas que se basan fundamentalmente en las que el informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos otorgan a las investigaciones clínicas breves (comparables a lo que hemos denominado intervención mínima) diseñadas para su aplicabilidad en el ámbito de la atención primaria por las restricciones de tiempo que tienen en cada visita y que a modo de recordatorio serían las 5 A: averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar.<sup>129</sup> Con esta intervención se pueden incrementar significativamente los índices de abandono.

La intervención breve puede aplicarse a tres tipos de pacientes:

- Fumadores en activo que desean intentar el abandono del tabaco en el momento de la visita,
- Fumadores en activo que no desean abandonar el tabaquismo en ese momento.
- Exfumadores que han abandonado el tabaco recientemente.

El compromiso que de alguna manera debe asumir el odontólogo ante los pacientes, es el que, apenas llegue un paciente a la consulta, investigue si es un fumador o no independiente mente si este halla acudido por un problema dental el cual será una oportunidad para abordar este hábito. Por lo que es importante considerar que toda persona que acude a los servicios de salud de atención médica u odontológica debería encontrar siempre informes y orientación suficiente al respecto del fenómeno del tabaquismo. Si esta actitud se repite en cada consulta que el sujeto realice por cualquier motivo hablamos de intervención mínima sistematizada. La propuesta es que cada vez que el dentista o medico se ponga en contacto con un paciente aplique la regla de las (A). Las cuales se desarrollan de una forma detallada.

### **AVERIGUAR.**

El odontólogo debe preguntar a los pacientes por su estado tabáquico en cada visita. Como mínimo se debería describir al paciente como fumador, no fumador o ex fumador reciente y anotar cualquier interés actual en dejar de fumar. Estos datos deberían estar siempre lo más actualizados que sea posible; Interrogar sobre su condición tabáquica, cuantos cigarrillos fuma por día y desde cuando, si hay dependencia nicotínica, si ha realizado intentos previos y cuales son los motivos de la recaída.

Investigar la existencia de posibles fumadores entre los miembros de la familia como tíos, primos, abuelos o incluso los que eventualmente pueden trabajar en la casa y fuman en la presencia del niño. Debe recordarse que no es bueno que haya fumadores cerca de un niño. Hacer este llamado de atención permite que el niño lo escuche, eventualmente ese niño se convierte en un aliado del médico y odontólogo dentro de la casa.

## **ACONSEJAR**

El mensaje que el odontólogo dará paciente debe ser claro y breve, que hagan ver los daños que ocasiona el consumo de tabaco y las ventajas de su abandono. Informarle que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro por lo que su médico tratante y personal sanitario le ayudarán a lograrlo. El cual proporcionará:

- Mensajes convincentes y consecuentes con una actuación profesional y resolviendo las dudas que el paciente tenga al respecto.
- Mensajes personalizados aprovechando el estado psicológico-emocional y de la salud del individuo.

Cuando se está enfrente de un fumador que no pretende dejar de serlo se ha de tener presente que probablemente esté pasando por unos momentos difíciles, con incertidumbre e inseguridad, temeroso de qué va a pasar cuando deje el tabaco. Hay que ser positivo y manifestarle que el abandono del consumo del tabaco proporciona múltiples beneficios. Una respuesta negativa del paciente a la pregunta ¿quiere dejar de fumar? No es razón suficiente

paraqué el odontólogo deje de aconsejar e insistir en el abandono del consumo del cigarrillo. El consejo repetido tiene efectos positivos en la toma de decisión a largo plazo.<sup>130</sup> De tal forma que para lograr convencer al paciente al abandono de este hábito se propone que en cada visita odontológica se utilice la intervención mínima.

## **ASISTA**

Es decir ayudar a que deje de fumar. Si el paciente está dispuesto a intentarlo, además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica concreta, valorando la conveniencia de iniciarlo en ese mismo momento.<sup>132</sup> Si el paciente manifiesta claramente que no quiere dejar de fumar, habrá que realizar una entrevista motivacional: ofrecer nuestro apoyo y mencionar las ventajas de no consumir tabaco. Si el paciente no tiene claro que hacer, ofrezcámosle nuestra ayuda y la posibilidad de un tratamiento.

## **APOYAR**

Aquí la intervención será apoyar al paciente en el abandono del tabaquismo.

a) Prepararle para el día D. Que elija la fecha para dejar de fumar. Buscar una fecha propicia para el fumador, evitar situaciones estresantes. En los días previos el día escogido conviene que realice algún cambio en su conducta de fumador; fumar menos, auto-registro de los cigarrillos previos a su consumo, no llevar encendedor, fumar sólo sus cigarrillos, guardar y lavar los ceniceros

después de usarlos., medidas orientadas a romper con el automatismo del consumo de cigarrillos, en definitiva, a preparar el camino al día D.

b) Que solicite la ayuda y colaboración de las personas que le rodean (familiares, amigos, compañeros del trabajo).

c) Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia para que, conociéndolos, le sea más fácil actuar, evitando de esta forma un abandono del tratamiento por miedo a unos efectos no explicados y ofrecer algunos consejos útiles para que en caso de que se presenten sean más llevaderos.

d) Facilitar material adecuado que le sirva de apoyo e información: hoja informativa sobre el tabaquismo, guía para dejar de fumar, ventajas de no fumar, o bien proporcionándole direcciones de centros donde pueda recibir ayuda formal para prevenir el tabaquismo.

e) Valorar la conveniencia de un tratamiento farmacológico de eficacia demostrada.

Cuando el consejo del odontólogo para dejar de fumar se refuerza con la entrega de material de apoyo los porcentajes de abstinencia pueden oscilar, al año de seguimiento, entre el 5-10%.<sup>125</sup>

## ACORDAR

Programar el seguimiento y frecuencia de los controles, realizando en cada uno de ellos una evaluación del proceso de deshabituación tabáquica en curso. Esto puede tener como objetivo investigar si el ambiente del niño ya está libre de humo del cigarro, para determinar junto con los padres una cita para dejar de fumar, o bien para brindar más información al respecto del tabaquismo.

¿Cómo ha de ser el seguimiento? Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (a la semana o a los 15 días). Posteriormente al mes y después en función de lo que se considere oportuno. Sería aconsejable dejar un número de teléfono al que podrá llamar en caso de duda o acontecimiento no esperado.

Las actividades a realizar durante la consulta odontológica de seguimiento serán: felicitar por el éxito, por lo cual de esta manera se estará motivando al paciente, analizar las causas del consumo de tabaco, identificar los problemas surgidos y las situaciones de riesgo que pueden inducir a fumar, considerar psicoterapia individual o de grupo en casos difíciles, o envío a clínica especializada en caso de (fuerte adicción, múltiples fallas, comorbilidad psiquiátrica o adictiva). De esta forma el paciente se sentirá apoyado por su médico tratante.

Cuando el consejo se acompaña de un seguimiento del proceso de deshabituación tabáquica no hay duda de que la eficacia del mismo se ve incrementado comparado cuando no se realizan visitas de seguimiento.<sup>131</sup>

Todo profesional sanitario, pero sobre todo el odontólogo, debe asumir como una responsabilidad propia de su actividad asistencial la identificación y

valoración del paciente fumador, así como el ofrecimiento de un consejo odontológico y la ayuda que sea oportuna en cada caso (entrega de material de apoyo y seguimiento personalizado). Esto se puede lograr gracias a que un gran número de personas visitan al dentista, lo cual permite que estos estén en una buena posición para intervenir a los pacientes que usan tabaco, por lo que una identificación efectiva no solo abre las puertas para la intervención exitosa como lo es la asesoría si no que guía a estos prestadores de salud bucal a identificar las intervenciones adecuadas con base en el estado actual del uso del tabaco del paciente y su disposición para abandonar el hábito. El dentista puede implementar estas estrategias y que las intervenciones incluso tan breves como ya se mencionó anteriormente de 3 minutos pueden aumentar las tasas de suspensión del hábito de manera significativa.

Sin embargo se ha visto que algunos de los dentistas no están capacitados para enfatizar una intervención. Este trabajo pretende ser precisamente una herramienta de orientación sobre como ayudar a los pacientes que desean asesoramiento para dejar de fumar y librarse de esa forma de esclavitud, rara vez reconocida, como tal pérdida de libertad e independencia y además nociva, que es la adicción al tabaco. Por lo que se insta a todos los dentistas a asumir su papel de agentes sanitarios eficientes y efectivos en la promoción de la salud, e implicarse así, intensamente, en la sociedad en que viven, con posibilidad de contribución a mejorarla desde una perspectiva más amplia que los meros actos clínicos típicamente propios de la profesión, Con ello se contribuirá a la salud humana más allá del aparato estomatognático: participar en el concepto de salud integral, que está por encima de cada una y dentro de todas las especialidades sanitarias .

## CONCLUSIÓN

El tabaquismo es un serio problema social ya que los daños que produce no son solo en las personas que lo consumen sino también con quienes conviven, a los que se les llama fumadores pasivos. Esta práctica nociva del tabaquismo se está iniciando a edades muy tempranas entre los 12 y los 15 años de edad.

Es importante el rol que juegan los medios de comunicación y la publicidad que conlleva para fomentar el consumo de tabaco, además de la facilidad con la que se obtienen los cigarrillos en los centros de distribución esto debido a que, es socialmente aceptado y es de consumo legal lo que ocasiona que sea un elemento favorable al inicio temprano del hábito.

Queda claro que las tendencias actualmente a favor del tabaquismo es cada vez mayor y sobre todo entre las mujeres no solo de México, sino a nivel mundial, lo que nos presenta un número de individuos transitando desordenados en la salud y con omisión a los efectos nocivos.

La revisión recabada en esta información ha permitido constatar por un lado, que a pesar de los métodos existentes del abandono del tabaquismo y de los avances en el campo de la medicina se sigue diagnosticando el cáncer oral en etapas tardías, y sus consecuencias requiere tratamientos caros e incapacitantes para el paciente, esto se traduce para el odontólogo, en fracasos de algunos tratamientos. Esta es una demostración clara del valor de la prevención y la detección temprana para disminuir los daños consecuentes del tabaquismo.

Es de gran importancia que los profesionales de la salud bucodental estén debidamente informados de las lesiones premalignas que puedan desarrollarse en los tejidos de la cavidad oral y estén conscientes que el tabaquismo es un

factor de riesgo importante para que estas se desarrollen. Además se requiere que estén capacitados para que de una manera eficaz puedan intervenir con sus pacientes desde el punto de vista educativo para orientarle a dejar de fumar o proporcionarles la información necesaria para que obtengan apoyo con especialistas en la materia y/o en clínicas de tabaquismo dentro de instituciones públicas o privadas. A sí mismo cabe mencionar que un gran número de fumadores dejaría de serlo si el odontólogo y demás miembros de la salud les informara a sus pacientes sobre los tratamientos que existen contra la adicción al cigarro, conocida como Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) estas son: la goma de prolacrillex, parche transdérmico de nicotina e inhalador bucal de nicotina los cuales son de gran apoyo para poder lograr un mayor éxito en la cesación de dicha adicción. Los tres productos de (TSN) son igualmente efectivos, y el paciente gastara aproximadamente el mismo dinero que con los cigarros, se pueden adquirir sin receta médica, pero lo más conveniente es consultar a un personal cualificado como lo es: un médico, odontólogo, psicólogo, farmacéutico y personal de enfermería para ayudar a establecer la forma más adecuada de utilizar estos productos y así obtener una mayor efectividad y por lo tanto, lo más importante tener la motivación y apoyo de los profesionales para dejar esta adicción, ya que por si solos en ocasiones abandonan el tratamiento.

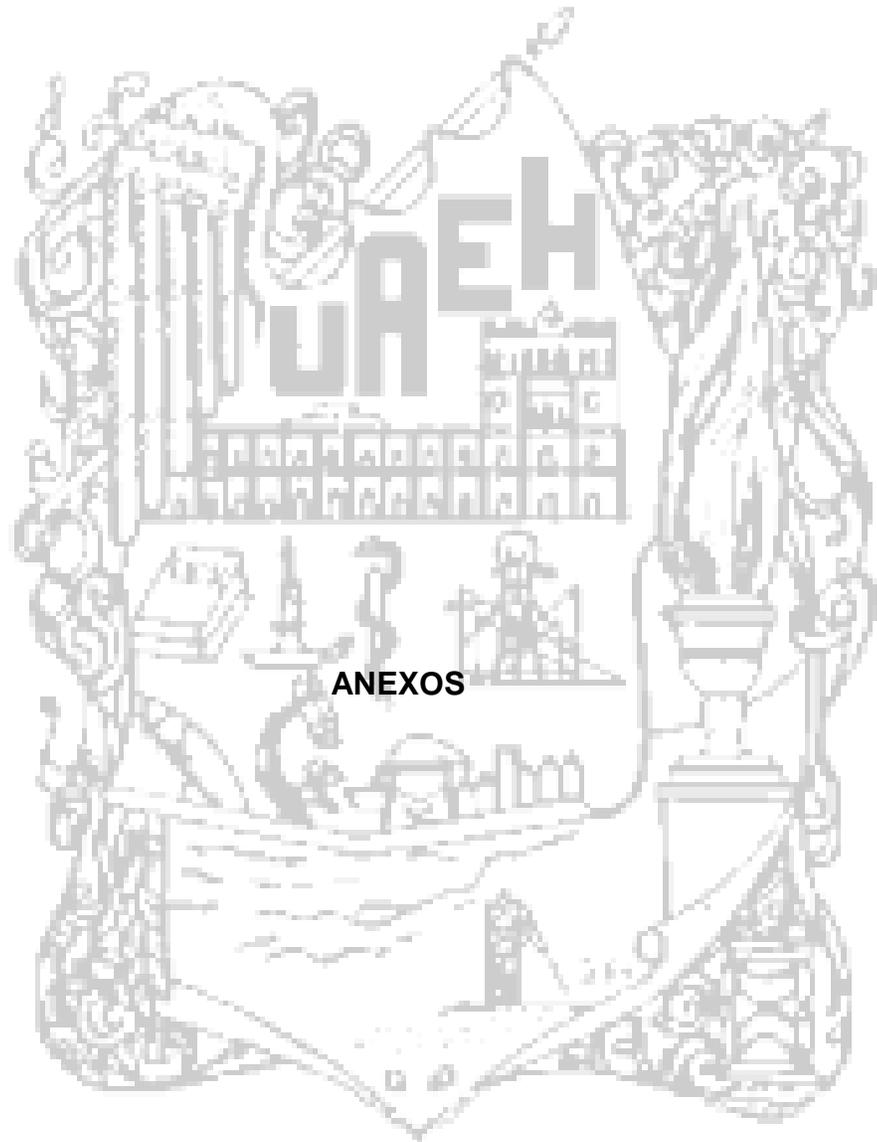
La educación es vista como un método preventivo eficaz en la disminución del hábito, pues como cualquier adicción, el primer paso requerido para dejar un hábito nocivo es que haya decisión propia del individuo. La toma de conciencia, tanto del daño producido por el uso de esta droga puede lograrse poco a poco a través de impulsarla en los que aún no se inician en este hábito no sean parte de la estadística de esta adicción y puedan difundir los perjudiciales efectos con sus padres, hermanos y amigos.

CONCLUSIÓN

Pero también deberá lograrse una modificación profunda de la cultura de una sociedad que tiene como prioridad la prevención y el auto-cuidado de la salud. Por otro lado el equipo multidisciplinario de salud desempeña un papel importante al preparar nuevas generaciones de proveedores de servicios de salud, por lo que en el proceso de formación de estudiantes sería de gran utilidad agregar como parte del programa de estudios una materia con enfoque preventivo del tabaquismo para que desde su formación practiquen la prevención de este hábito en ellos y en sus pacientes, para así lograr que se involucren en un proceso de formación proactivo en la cesación de este hábito.

Sumado ha esto a partir del conocimiento de los daños que ha causado el consumo del tabaco se han puesto en vigor varias leyes en México y en muchas otras partes del mundo que protegen a los individuos no fumadores y se ha empezado a restringir su publicidad y el consumo en lugares públicos. Así mismo esta surgiendo una nueva política de educación social con la finalidad de tomar conciencia que el legislar la venta y el consumo de este producto es el arma primordial en la lucha contra el tabaquismo. Además de que actualmente está prohibido fumar en lugares públicos y espacios cerrados, e incluso en algunos países está prohibido fumar en cualquier sitio, incluyendo los sitios abiertos.

Quienes conformamos el equipo multidisciplinario de salud (enfermeras, médicos, odontólogos y farmacéuticos) tenemos el compromiso de lograr que los fumadores tomen conciencia que esta adicción es un factor de riesgo importante en diversas patologías. Por ello es necesario reforzar y seguir exhortando a la población a dejar de fumar e impedir que las nuevas generaciones se inicien en el tabaquismo.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo es una de las principales causas de muertes y enfermedades que podrían evitarse si no se fumara. Desafortunadamente se está incrementando la cifra de los fumadores siendo los jóvenes los que se están iniciando en el tabaquismo, además de que se mantienen los actuales fumadores. Los jóvenes quieren experimentar, aventurarse a retar a las circunstancias y al ambiente, quizás sea más fácil convencer a los actuales fumadores para que dejen de fumar. La razón por la que podría lograrse es que un porcentaje importante de todos los fumadores de todo el mundo quiere dejar de fumar pero no puede. Apoyar a los que quieren dejar de fumar y a los que no fuman se inicien en este hábito por lo que es una tarea importante de todos los miembros del equipo multidisciplinario de salud, en donde está incluido el odontólogo.

El área de la práctica dental brinda una oportunidad única de ayudar a los consumidores de tabaco a lograr la abstinencia. Comparados con otros profesionales de salud, los odontólogos aprecian con mayor exactitud el consumo de tabaco por los pacientes. Sin embargo los odontólogos son menos consecuentes y apoyan menos la intervención, y es menos probable que dominen ampliamente conocimientos o habilidades en el tema del abandono del tabaco, y es más probable que perciban los obstáculos a las intervenciones contra el tabaco. Más del 40% de los odontólogos no preguntan sistemáticamente sobre el consumo de tabaco y un 60% no recomienda sistemáticamente a los consumidores que abandonen el hábito.

Es importante considerar que toda persona que acude a los servicios de salud de atención médica u odontológica debería encontrar siempre informes y orientación suficiente al respecto del fenómeno del tabaquismo, tarea que se

aborda en mayor porcentaje desde la posición del médico y día con día se van sumando más profesionales de la salud, como se describirá en este trabajo. Por lo tanto es imprescindible demostrar cómo puede participar el odontólogo y ofrecer una oportunidad de formación en la lucha contra el tabaquismo a los estudiantes de odontología y a los profesionales en ejercicio.

Por ello este trabajo se plantea la siguiente pregunta.

¿Es trascendental el consejo del odontólogo para con sus pacientes en cuanto el control de tabaquismo?

## OBJETIVOS

- Describir la utilidad del consejo odontológico como mecanismo de control del tabaquismo
- Determinar los tratamientos para dejar de fumar.
- Describir la legislación existente para el control del tabaquismo en México.
- Conocer y describir las intervenciones del personal de salud en el control del tabaquismo.
- Analizar las intervenciones para el abandono del hábito del tabaco en el ámbito odontológico.

## JUSTIFICACION

El consumo de tabaco continúa siendo la principal causa evitable de muerte en el mundo. A medida que la investigación y los resultados siguen revelando los efectos perjudiciales del consumo de tabaco sobre la salud y que afecta un gran número de personas, la lista de afecciones causada por el consumo de tabaco se ha incrementado. Sin embargo, los que consumen tabaco no son los únicos expuestos a sus efectos nocivos, millones de personas incluida la mitad de los niños del mundo, están expuestos al humo del tabaco ajeno conocido también como tabaquismo pasivo. Hay pruebas definitivas que vinculan el tabaquismo pasivo a un mayor riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón y otras enfermedades respiratorias en los adultos; infecciones del oído y síndrome de muerte súbita del lactante en los niños, por mencionar algunos de sus efectos nocivos. <sup>132</sup>

La epidemia sigue en expansión, especialmente en países menos desarrollados. La industria tabacalera tiene potencial enorme en estos países, donde se enfrentan con medidas de control más débiles. En un informe emitido por la Organización Panamericana de la Salud se dio a conocer que “actualmente la industria esta generando también prendas de ropa y complementos con su marca, que contribuye a mantener su presencia en los entornos juveniles, con frecuencia obtenibles de forma gratuita o a precio de coste con cupones procedentes de las cajetillas de tabaco. Aunque hoy fuma menos de un tercio de la población adulta, la percepción de los adolescentes es que fumar es lo habitual. La estrategia de promoción de la industria va dirigida en esta dirección. Otras acciones de promoción van dirigidas a generar episodios de experimentación, regalando muestras de tabaco en entornos festivos y de diversión. <sup>133</sup>

En los últimos años el consumo de tabaco se ha extendido entre mujeres en todo el mundo. Datos recientes de la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes indican el consumo de tabaco, entre las niñas esta aumentado considerablemente en todo el mundo y esta prevalencia es, en muchos casos, equiparable o incluso mayor que en los niños.<sup>134</sup> Datos recientes de La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el número de personas que fuman tabaco en el mundo es de 1.100 millones y podría aumentar a 1.600 millones el año 2025; y también que el hábito de fumar cigarrillo es el causante de unos 4 millones de defunciones anuales por diversas patologías cardiovasculares y pulmonares.

La clara evidencia que el tabaco es nocivo para la salud y que el hábito tabaquero es la primera causa de riesgo individual más importante de pérdida de salud evitable en nuestro entorno, pone de manifiesto la necesidad de intervención por parte del personal sanitario, desde la detección de los fumadores hasta la ayuda del abandono de esta adicción, así como su prevención.

Por otro lado se ha visto que el tabaquismo es un factor de riesgo que afecta la salud oral, por lo que en el ámbito odontológico se ve como esta adicción desencadena una serie de afecciones bucales, las cuales interfieren en los tratamientos bucodentales. Fumar incide en la prevalencia y avance de la enfermedad periodontal

De modo que en el año 2006 se realizó la “Encuesta Mundial en Profesionales de la Salud (GYTS)”,<sup>135</sup> en alumnos de 5º y 6º semestre de las carreras de Medicina y Odontología. El Área Académica de Odontología de la UAEH participó en dicho proceso, por lo que se cuenta con los resultados de la encuesta con representatividad de las escuelas públicas de medicina y

odontología a nivel nacional, éstos reflejan un alto índice de tabaquismo en los profesionales de la salud en formación. De tal manera que es necesario realizar actividades de divulgación de la información, así como la implementación de estrategias pertinentes para la disminución del consumo del tabaco en los Profesionales de la Salud y la capacitación para que sean un vínculo de orientación para los pacientes fumadores.

Por tal motivo este trabajo tiene como fin coadyuvar por lo menos a nivel informativo en la formación de profesionales libres del tabaquismo, para que puedan incidir en la prevención y tratamiento de esta adicción, pues un problema grave de salud pública y los profesionales de la odontología no cuentan con información suficiente tanto para evitar la adicción en ellos mismos como para orientar en la prevención y abandono de ésta a la población. Además sería una propuesta para la formación de los estudiantes del Área Académica de Odontología de la UAEH y para su uso generalizado tomándolo como base para la creación de objetos de aprendizaje que pueden difundirse mediante cursos presénciales o por INTERNET

TABLA 1. Normativa de uso de la terapia sustitutiva de nicotina

<b>Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)</b>					
<b>Determinaciones</b>			<b>Opciones terapéuticas</b>		
NCD	FTND (puntos)	CO (ppm)	Chicle	Parche 24 horas	Parches 16 horas
10-19	≤ 3	< 15	2 mg. 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas 10 mg 2-4 semanas
20-30	4-6	15-30	4 mg/90 minutos 12 semanas	21 mg 6 semanas 14 mg. 4 semanas 7 mg 2 semanas	15 + 10 mg 6 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 2 semanas
Más De 30	≥ 7	> 30	4 mg/60 minutos 1-2 semanas	21 mg 6 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 2 semanas	15 +10 mg 6 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 2 semanas
				tTerapia combinada ( parche mas chicle)	

NCD: Número de cigarrillos/día; FTND: test de Fagerström (0-10 puntos);  
CO: Monóxido de carbono el aire espirado ( en partes por millón).

TABLA 2 TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO		
PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACION
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	< 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	SI	1
	NO	0
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0

### Ficha de evaluación del uso del tabaco

Fecha.....

Nombre.....  
 .....

Dirección.....

Teléfono

Particular.....Trabajo.....

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

.....

¿Qué marca de cigarrillos fuma?

.....

¿Cuánto tiempo lleva fumando esta Cantidad?

.....

¿La persona más importante para usted fuma?                      Sí        No

¿Ha intentado dejar de fumar en el pasado?                      Sí        No

¿Cuántas veces?

.....

¿Cuál es el período de tiempo más largo que estado sin fumar?

..... Semanas. .... Días..... Meses.

..... Años

¿Cuáles son las razones principales por las que quiere dejar de fumar?

Su salud	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
El gasto que supone	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
No es justo para los demás	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
No me gusta ser adicto	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Alguna otra razón	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

¿Cuál cree que va a ser su mayor problema para dejar de fumar?

.....

Si decidiera no fumar durante las próximas dos semanas, ¿cuánto confiaría en que sería capaz de hacerlo?

.....Nada      .....Un poco      ..... Algo      ..... Muy  
 confiado:

## REFERENCIAS

1. Sensores RH. Espinosa AM. Programa cognitivo conductual de la clínica para dejar de fumar México DF Instituto nacional de enfermedades respiratorias 1999.
2. Sensores Ramírez-Martínez M Sandoval Tratamiento para dejar de fumar disponibles en México. Salud Pub. Mex. Vol. 44 suplemento 12002S116.
3. Johnson NW, Bain CA, EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. Tobacco and oral disease Br. Dent J. 2000; 189 (4): 200-206.
4. Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de salud México 1998.
5. Valdez Salgado R. Estimado anual de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. Documento elaborado en el departamento de investigación sobre el tabaco del INSP 2003, inédito.
6. Sandhu HS A practical guide to tobacco cessation in dental. J Can dent ASSSO 2001; 67 (3): 153-157.
7. Grody SM. Pasternad. R. Greenland P. Smith S. Fustewr V. AHA/ASCC Scientific Stament: Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment.
8. Califf RM. Armstrong PW Carver Jr D Agostino, Strauss WE. 27 Bethesda conference: matching the intensity of risk factor management with force 5. Stratification of patient´s inoto high. Medium and
9. METODOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN. Apuntes: Disponible en: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_educat4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_educat4_4.htm)  
Consultado el 26 de Noviembre de 2007.
10. Monaghn N. What is the role of dentistan in smoking cessation Br Dent J 2002; 193 (11); 611-612.
11. Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. J Dent Educ 2002, 66 (9): 1079-1087.
12. Helgason AR, Lunk KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:278-385.

13. Información básica sobre tabaquismo, 1995. Escrito por el personal del centro de recursos para mujeres jóvenes Actualizada 6/27/2007.
14. De Micheli – Sierra A. Notas marginales sobre el tabaco en la medicina Gac. Med. Mex. 2000; 136 (3): 273-279.
15. Jimenez Ca Terápia sustitutiva con nicotina En Meana Marquez I. Pantoja L. Nicotina y tabaquismo Nuevas. Perpectivas Avances en farmacología de drogodependencias Bilbao: Universidad de Deusto,1994;487-91.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.Revised third Edition.Washington DS American Psychiatric Association: 1987
17. Jimenez Ruiz Ca Terápia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. REV. CLIN. ESP. 1998: 1599-602
18. Henningfield JE. Nocotina Medications fir smoking cessation. N Engl Med 1995;333:1196-1203
19. American psychiatric Association. Diagnostic and Statisal manual of Mental disorders. Revised third Edition. Washington DS American Psychiatric Association 1987
20. Schneider M. Nicotine therapy in smoking cessation Pharmacokinetic consideration's Clinic Pharmacokinetic 1992:169-72
21. Raw M. Mcneill A. West R., Smoking cessation: evidence based recommendation for the healthcare system. Bmj 1999; 318:182-5
22. Resell MAH, Raw M. Jarvis M. Clinical use of nicotine Chewing gum BMJ 1980: 28: 1599-602.
23. Terápia sustitutiva con nicotina. Actualizaciones sobre el tratamiento de tabaquismo. Documento de
24. Jiménez CA Terápia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. Rev. Clin. Esp. L998: 181-5.
25. Jiménez Ruiz CA, Ayesta J. Planchuela MA. Abengozar R. Torrecilla M. Quintas AM etal. Recomendaciones de la sociedad española de especialistas en tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaco 2001:3:78-85.

26. Silagga C, Mant D, Fowler G. Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review ) En: The Cochrane Library , No 2, Oxford: Upelate Software
27. Palmex K. Buckeley M. Faulds D. Transdermal nicotine chewing gum. JAMA 1998; 260: 1593-6.
28. Fiore MC, Bailey WC. Cohen SJ. Dorfman S. Goldstein MG. Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependec. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Deparetment of Health and Human Services Public Health Service 2000.
29. Dale L.C, Hurt RD. Offord KP, Lauson GM, program IT Schroeder DR. High-dose nocine path therapy. Percentage of replacement and smoking cessation JAMA 1995; 274:1353 – 8.
30. Sachs DP., Leischow SJ pharmacologic approaches to smoking cessation Clin Chest Med 1991;12:769-91
31. LEISCHOW. S. Nilsson Franzon M. Hill A, Otte. P. Merikle E. Efficacy of the nicotine inhaler as an adjumment to smoking Cessation Amj Health Behau 1996:20:364-71.
32. Rose J. Levin E. Interrelations hip between conditioned and primary reinforcement the maintenance of cigarette.smoking. Br J Addiction 1991:86:605-9.
33. Benowitz NL Treating tobacco addiction. Nicotine or no nicotine? N Engl Med 1997,337,1230-1
34. Según la conferencia de consenso acerca de las Directrices Clínicas Practicas para el tratamiento del Consumo y Dependencia de Tabaco, del Public Health Service de los EE. UU.referencia(The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guidel Panel ,Staff , and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283: 3244-3254
35. Pérez Trullén A, Clemente ML.. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabitación tabáquica. Arch Bronconeumonol 2001; 37:184-96
36. Chaloupka FJ, HU T. Warner KE, Jacobs R. Yurekli A. The taxation of tobacco products En: tobacco control developing countres. New York:Oxrord Universety Press,2000:238-272.

37. Gilbert A. Cornuz J. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? To what extent does an increase in tobacco prices lead to a significant in consumption? What other possible implications will an increase of tobacco prices have? WHO Regional office for Europe. Itaealth Evidence Network, Copenhagen, 2003
38. Valdés-salgado Hernández-Ávila M. Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la región americana. Elementos para un programa de acción. Salud pública Mex. 2002; 44 Suppl 1.AS125-S135.
39. World Bank. Curbing the epidemic governments and economics of tobacco Control.Washington, DC:World Bank,1999
40. Emery S.White MM.Gilpin EA.Plerce Jp.Was there significant tax evasion alter the 199950 cent per pack cigarette tax increase in California? Tab control 2002;11: 130-134.
41. Canadian Cancer Society Non-Smokers' Rights Association and physicians for a Smoke-Free Canada, Quebec Coalition for Tobacco (1999),Surveying the damage: Cut-rate Tobacco products Ana public ltealt in the 1990s.Ottawa:Canadiense Cancer Society,1999.
42. SAMHSA HHS. Calculado con base en los datos Del Nacional house4hold Survey on Drug Abuse, 2001 (<http://oas.samhs.gov/facts.cfm>).Vease también, HHs, Youth and Tobacco: Prevetinnng Tobacco Use among Young People: A Repoprt of the Surgeon General.Washintong, DC, 1995
43. Landcaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. Bmj 2000; 321: 355-358
44. Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ 1999; 318: 182-185.
45. Smoking- Cessation Programme Motivates Russian Physicians to Assist Their Patients- and Themselves Global Health & Environment Monitor, Invierno de 2004 (<http://www.ceche.org/communications/Russian-cancer-cen.html>)
46. Ohida T. Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AMM, Takemura S, Minowa M, et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking Japanese physicians. Jama 2001;285: 2643-2648..

47. Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, Departamento de salud y servicios social de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública, 2000.
48. Johnson NW, Bain CA, EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. Tobacco and oral disease. Br Dent J 200;189 (4):200-206
49. Rice VH, Otead LF. Nursing interventions for smoking cessation. En: The Cochrane Library, Numero 1, Chic Hester, John Wiley and Sons, 2004.
50. Apuntes disponibles en: (http://www.joannabriggs.edu.au/best\_practice/BPISsmok.php#anchor1471978) consultado el 14 de agosto del 2007.
51. The Agency for Health Care Policy and Reserch Smoking Cessation Clinical Practice Guideline.JAMA 1996; 275: 1220-1280.
52. Tabaco salud y pobreza Apuntes deisponibles en http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000214.htmconsultados el 28 de julio del 2007
53. Tabaco salud y pobreza apuntes disponibles en <http://rxforchange.ucsf.edu/> consultado el 28 de julio del2007.
54. Pharmacists against Tobacco. Global Network of Pharmacists against Tobacco. (http://www.fip.org/phrmacistsainsttobacco/20040915PATupdate.pdf)
55. Picar A, Chhase S. End CPP investment in tobacco, doctors demand. Globe and Mail,18 de agosto de 2004 [ Extraido de ASH Daily News,15 de noviembre de 2004]
56. Splanger JG, MA George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervención training. Current effort and gaps in US medical schools. JA2002; 228:11202-1109
57. Back D. The cost effectiveness of moking cessation intervention. What do Know. Int J Health Educ, 1997; 35: 44-52.
58. Fuente (1) Shephard RJ. The risk of passive smoking. En. Croom Helm londres, 1982.

59. Fernández Ruiz ML, Sanchez Bayle M. Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Comunita of Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 2003 ,enero-febrero, 17 (1): 5-10. (24)
60. John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco control activities. *European journal of Cancer Prevention*, junio de 2003, 12 (3):253.
61. Tabaco salu y pobreza disponible en [www.tobaccofrenurses.org](http://www.tobaccofrenurses.org). consultado el 28 de julio del 2007
62. Health Education Authority. Health promotion and the community pharmacist. London: HEA, 1994
63. Silagy C, Mant D, Flower G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD000146
64. Vitale F. Professional intervention for smoking cessation: The contribution of the pharmacist. *European Journal of Public Health* 2000; 10(3 Suppl): 21-4
65. Williams DM, Newsom JF, Brock TP. An evaluation of smoking cessation-related activities by pharmacist. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2000; 40(3); 366-70.
66. Wick M, Ackermann-Liebrich U, Bugnon O, Cerise C. Evaluation of the "future non-smokers" campaign of the Swiss Society of Pharmacist [Evaluation der Kampagne "Kunftige Nichtraucher" des Schweizerischen Apothekerverbands]. *Sozial-und Praventivmedizin* 2000; 45(2):73-84
67. Blenkinsopp A, Tam J, Platts A, Allen J. Evaluation of feasibility and acceptability of a community pharmacy health promotion scheme- Views of users and providers. *Health education Journal* 2002; 61(1): 52-69
68. Zillich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. *Pharmacotherapy* 2002; 22(6):759-65.
69. Maguirre TA, Mc Elnay JC, Drummond A. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction* 2001; 96 (2): 325-31

70. Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Forman SP, Jamrozik K et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980's to the mid – 1990s: findings from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health* 2001;91(2):2006-12
71. Emons KM Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Preventive Medicine* 1992;21(2):262-9
72. Coultas DB. The physician's role in smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine* 1991;12(4):755-68. 92083710.
73. Centers for Disease control. Physicians and other health-care professional counseling of smokers to quit. United States, 1991. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42(44):854-7. 94049530
74. Cherry DK. Burt CW, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Advance Data* 2003; Aug 11(337):1-44
75. White F, Kearney N. Enhancing the nurses role in tobacco control. *Tobacco Control Factsheets, UICC GLOBALink. UICC Globalink, 2003*
76. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al *Treating tobacco use and Dependence. A clinical Practice Guideline. AHRQ Publication No. 00-0032. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, 2000.*
77. Sanders D, Flower G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marziller J. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *Journal of The Royal College of General Practitioners* 1989; 39(324):273-6 90079848
78. Risser NL, Belcher DW. Adding spirometry, carbon monoxide, and pulmonary symptom results to smoking cessation counseling: a randomized trial. *Journal of Internal Medicine* 1990;5(1):16-22. 90133025.
79. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomized controlled trial. *BJM* 2002; 324(7329):87-9. 21645850.
80. Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F. Short- and long- term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001; 15(3):261-4

81. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients – Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157(4):409-15. 97198917
82. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review) (updated 20/8/2002). In: *The Cochrane Library*, 1, 2004. Chichester. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
83. Gelskey SC. Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1999; 27(1): 16-24.99184726.
84. Mirbod SM, Ahing SI. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part II. Malignant lesions. *Journal of the Canadian Dental Association* 2000; 66(6):308-11. 20383031.
85. Epstein JB, Sliverman S JR. Head and neck malignancies associated with HIV infection. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 1992; 73(2):193-200. 92195608
86. Holleb AI. Comments from the former Chief Medical Officer of the American Cancer Society (1968-198) *Cancer* 1996; 78(12):2590-197110408.
87. Piyathilake CJ, Macaluso M, Hime RJ, Vinter DW, Richards EW, Krumdieck CL. Cigarette smoking, intracellular vitamin deficiency, and occurrence of micronuclei in epithelial cells of the buccal mucosa. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1995; 4(7):751-8. 96114051
88. EU Working Group on Tobacco and Oral Health. EU Working Group on Tobacco and Oral Health Consensus Meeting Abstracts. *Oral Disease* 1998;4(1):48-67. 98319115
89. Mecklenburg RE. Tobacco: addiction, oral health, and cessation. *Quintessence International* 1998; 29(4):250-2. 98307274
90. Trombelli L, Scabbia A: Healing response Of. gingival recession defects following guided tissue regeneration in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontal* 1997; 24: 529-33
91. Bowles WH, Wilkinson MR, Wagner MJ, Woody RD. Abrasive particles in tobacco products: a possible factor in dental attrition. *Journal of the American Dental Association* 1995;126(3):327-31; quiz 348.

92. Offenbacher S, Weathers R. Effects of smokeless tobacco on the periodontal, mucosal and caries status of adolescent males. *Journal of oral Pathology* 1985; 14(2):169-81.
93. Ernster VL, Grady DG, Greene JC, Walsh M, Robertson P, Daniela TE et al. Smokeless tobacco use and health effects among baseball players. *JAMA* 1990;264(2):218-24
94. Little SJ, Stevens VJ, Severson HH, Lichtenstein E. Effective smokeless tobacco intervention for dental hygiene patients. *Journal of dental hygiene* 1992;66(4):185-90
95. Hirch JM, Heyden G, Thilander H. A clinical, histomorphological and histochemical study on snuff-induced lesions of varying severity. *Journal of oral Pathology* 1982; 11(5):387-98.
96. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F. Oral Leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer* 1984; 53(3):563-8.
97. Critchely JA, Unal B. Health effects associated with smokeless tobacco: a systematic review. *Thorax* 2003; 58(5):435-43 22613930
98. Christen AG, Klein JA, Christen JA, McDonald JL Jr, Guna CJ. How-to-do-it quit-smoking strategies for the dental office team: an eighth-step program. *Journal of the American Dental Association* 1990; Suppl : 20S-27S. 90110683
99. Block DE, Block LE, Hutton SJ, Jonson KM. Tobacco counseling practices of dentists compared to other health care providers in a Midwestern region. *Journal of Dental Education* 1999; 63(11):821-7. 20076928
100. Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. *Journal of the American Dental Association* 2001; 132(Suppl) 30S-35S. 21662890
101. Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *Journal of the American Dental Association* 1999; 130(2):219-26. 99155870
102. Campbell HS, Macdonal JM. Tobacco counselling among Alberta dentists. *Journal of The Canadian Dental Association* 1994; 60(3):218-2, 223-6. 94207887.

103. Dolan TA, McGorray SP, Grinstead-Skigen CL, Mecklenburg R. Tobacco Control activities in U.S. dental practices. *Journal of the American Dental Association* 1997; 128(12):1669-79. 98077605
104. Fried JL Cohen LA, Maryland dentists' attitudes regarding tobacco issues, *Clinical Preventive Dentistry* 1992; 14(2):10-16. 96362142.
105. Andrews JA, Severson H, Lichtenstein E, Gordon JS, Barkley MF Evaluation of a Dental office tobacco cessation program; effects on smokeless tobacco use. *Annals of Behavioral Medicine* 1999; 21:48-53.
106. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon J. A dental office intervention for smokeless tobacco cessation. 10th World Conference on Tobacco or Health 24-28 August Beijing Abstract book.1997.
107. Gansky Sa, Ellison JA, Kavanagh C, Milton JF, Walsh MM. Oral screening and brief spit tobacco cessation counseling: a review and findings. *Journal of Dental Education* 2002;66(9):1088-98
108. Walsh MM, Milton JF, Masouredis C, Gee L, Chesney MA, Ernster VL. A randomized controlled intervention trial to promote spit tobacco cessation among college athletes. *Journal of Dental Research* 1995;Special Issue Abstracts of Papers (73rd General Session and Exhibition of the International Association for Dental research June 28-July 1,1995, Singapore):458(Abs No463).
109. Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, Little SJ, Leben J. Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *American Journal of Public Health* 1995;85(2):231-5
110. Lancaster T, Steard L. Physician advice for smoking cessation. In : *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2004. CD000165
111. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al... Clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Rockville: US Department of Health and Human Services. Agency for health care Policy and Research, 2000. Publication n.º 2000-0032
112. Fiore MC, Bailey WC, Cohen Sc, et al.. Smoking cessation: clinical practice guideline, n.º 18. Rockville: Agency for health Care Policy and research, 1996. Publication n.º 96-0692

113. Rusell MAh, WQilson C, Baker CD...Effect of general practitioner's advine against smoking.BMJ 1979; 2:231-5
114. Tormo J, Lora N, Gálvez M, De la Rubia A, Bono E, Sánchez PA... Abordaje del tabaquismo en medicina familiar. Granada: SAMFYC, 1997
115. EU Working Group on tobacco and oral Health. (1998) Tobacco and oral health. Facts for the dental profession. A tool for Development of information materials and guidelines
116. Grable JC. Ternillo S. Smoking cessation from office to bedside. Postgrad Med 2003;114 (2):45-54
117. West R, McNeil A, M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Chest 2000; 55:987-999
118. Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. Psychiatry 2003; 66:183-199.
119. Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MJ, Flores S, ramos A, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumonal 1999;35:499-506
120. Fageström KO, Schneider NG. Measuring Nicotina Dependence: a review of the FagerstrÖm Tolerante Nicotina Quiestionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-82
121. Centro de investigaciones sociológicas (CIS): Actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. Revista española de investigaciones sociológicas 1986;34:243-419
122. Barrueco M. Desde el lado del paciente. Prev.Tab 2001; 3 (4): 207-8
123. Córdoba R. Consejo medico e intervención mínima. En: Barrueco M. Hernández Mezquita MA (eds).Manual de prevención y tratamiento del tabaco PAVAN S:L., 2001 P.117-35
124. Solano S. Funciones del profesional sanitario y farmaceutico frente al tabaquismo. En: Jiménez CA 8ed9. aproximación al tabaquismo en España.Un estudio multifactorial. Pharmacia & Upjohn SA 1997.P.109-23

125. Fiore MC, Biley WC, Cohen SC, Dorfman 57, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville; US Department of Health and Services; 2000. Agency for Health care Research and Quality Publication nº 00-32
126. Lancaster T, Stead L, Silagy CH, Sinden A. Effectiveness of intervention to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *Br. Med. J* 2000; 321:355-8.
127. Cabezas C. Deshabituación tabáquica, nuevas estrategias. *FMC* 1994;1:37-52
128. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W et al. Stages of Change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13:39-46
129. Directrices Clínicas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. *JAMA* 2000;283:3244-54
130. Torrecilla García M, Marrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruíz C, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabituación Tabáquica en una consulta de atención primaria: Eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Atención primaria* 2001; 27:629-36.
131. Silagy C, Otead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Issue 3, 2001 Oxford: Update Software.
132. Draft Health Effects Assessment for ETS. SRP Review. California Air Resources Board, marzo de 2005. (<http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/dreport/mar05/bexsum.pdf>)
133. Silber, Tomás., y otros, 1992, p.430.
134. Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group. Differences in worldwide Tobacco Use by Gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Journal of School Health*, Agosto de 2003, vol.73, 6: 207-215.
135. Reynales S. Encuesta mundial de profesionales de la salud. México 2006. reporte final. Cuernavaca, Morelos, México. Enero 2007.

## Currículo personal



Nombre Aidelia Martínez Carmona  
Dirección Avenida Lázaro Cárdenas # 25 col. El pedregal  
Teléfono 017797961022  
Correo electrónico aidemtzcar@hotmail.com

### Formación (cursos y seminarios de actualización)

Nombre del evento	Institución organizadora	Lugar y fecha
1er seminario de titulación del área academia de odontología 2007	UAE ICSA AAO	UAEH ICSA AAO 27 de septiembre del 2007

### Experiencia laboral

Cargo o trabajo desempeñado	Instituto y lugar	Periodo de tiempo
Servicio social como pasante de cirujano dentista	IMSS Ixmiquilpan Hgo.	1991 1992
Consultorio particular	CD. Blanca Estela Lemus Lozano Cedula profesional 5167356 Pachuca Hgo.	1994-2007

- 
- <sup>1</sup> Sensores RH. Espinosa AM. Programa cognitivo conductual de la clínica para dejar de fumar México DF Instituto nacional de enfermedades respiratorias 1999.
- <sup>2</sup> Sensores Ramírez-Martínez M Sandoval Tratamiento para dejar de fumar disponibles en México. Salud Pub. Mex. Vol. 44 suplemento 12002S116.
- <sup>3</sup> Johnson NW, Bain CA, EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. Tobacco and oral disease Br. Dent J. 2000; 189 (4): 200-206.
- <sup>4</sup> Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de salud México 1998.
- <sup>5</sup> Valdez Salgado R. Estimado anual de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. Documento elaborado en el departamento de investigación sobre el tabaco del INSP 2003, inédito.
- <sup>6</sup> Sandhu HS A practical guide to tobacco cessation in dental. J Can dent ASSSO 2001; 67 (3): 153-157.
- <sup>7</sup> Grody SM. Pasternad. R. Greenland P. Smith S. Fustewr V. AHA/ASCC Scientific Stament: Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment.
- <sup>8</sup> Califf RM. Armstrong PW Carver Jr D Agostino, Strauss WE. 27 Bethesda conference: matching the intensity of risk factor management with force 5. Stratification of patient's inoto high. Medium and
- <sup>9</sup>METODOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN. Apuntes: Disponible en: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_educat4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_educat4_4.htm) Consultado el 26 de Noviembre de 2007.
- <sup>10</sup> Monaghn N. What is the role of dentistan in smoking cessation Br Dent J 2002; 193 (11); 611-612.
- <sup>11</sup> Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. J Dent Educ 2002, 66 (9): 1079-1087.
- <sup>12</sup> Helgason AR, Lunk KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:278-385.
- <sup>13</sup> Información básica sobre tabaquismo, 1995.
- <sup>14</sup> De Micheli – Sierra A. Notas marginales sobre el tabaco en la medicina Gac. Med. Mex. 2000; 136 (3): 273-279.
- <sup>15</sup> Jimenez Ca Terápia sustitutiva con nicotina En Meana Marquez I. Pantoja L. Nicotina y tabaquismo Nuevas. Perpectivas Avances en farmacología de drogodependencias Bilbao: Universidad de Deusto,1994;487-91.
- <sup>16</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.Revised third Edition.Washington DS American Psychiatric Association: 1987
- <sup>17</sup> Jimenez Ruiz Ca Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. REV. CLIN. ESP. 1998: 1599-602

- 
- <sup>18</sup> Henningfield JE. Nicotina Medications for smoking cessation. *N Engl Med* 1995;333:1196-1203
- <sup>19</sup> American psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders. Revised third Edition. Washington DC American Psychiatric Association 1987
- <sup>20</sup> Schneider M. Nicotina therapy in smoking cessation. Pharmacokinetic considerations. *Clin Pharmacokinetic* 1992;169-72
- <sup>21</sup> Raw M, McNeill A, West R., Smoking cessation: evidence based recommendation for the healthcare system. *Bmj* 1999; 318:182-5
- <sup>22</sup> Resell MAH, Raw M, Jarvis M. Clinical use of nicotine Chewing gum *BMJ* 1980; 28: 1599-602.
- <sup>23</sup> Terapia sustitutiva con nicotina. Actualizaciones sobre el tratamiento de tabaquismo. Documento de salud pública número 60. Madrid: cam Consejería de sanidad 2000: 47-75.
- <sup>24</sup> Jiménez CA Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *Rev. Clin. Esp.* L998: 181-5.
- <sup>25</sup> Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuela MA, Abengoza R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la sociedad española de especialistas en tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaco 2001;3:78-85.
- <sup>26</sup> Silag C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review) En: *The Cochrane Library*, No 2, Oxford: Upella te Softwqre
- <sup>27</sup> Palmex K, Buckeley M, Faulds D. Transdermal nicotine chewing gum. *JAMA* 1998; 260: 1593-6.
- <sup>28</sup> Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman S, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependec. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Public Health Service 2000.
- <sup>29</sup> Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lauson GM, program IT Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation *JAMA* 1995; 274:1353 – 8
- <sup>30</sup> Sachs DP., leischow SJ pharmacologic approaches to smoking cessation *Clin Chest Med* 1991;12:769-91
- <sup>31</sup> LEISCHOW. S, Nilsson Franzon M, Hill A, Otte. P, Merikle E. Efficacy of the nicotine inhaler as an adjuvant to smoking Cessation *Amj Health Behav* 1996;20:364-71.
- <sup>32</sup> Rose J, Levin E. Interrelations hip between conditioned and primary reinforcement the maintenance of cigarette smoking. *Br J Addiction* 1991;86:605-9.
- <sup>33</sup> Benowitz NL Treating tobacco addiction. Nicotine or no nicotine? *N Engl Med* 1997;337,1230-1
- <sup>34</sup> Según la conferencia de consenso acerca de las Directrices Clínicas Prácticas para el tratamiento del Consumo y Dependencia de Tabaco, del Public Health Service de los EE. UU. referencia(The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guidel Panel ,Staff , and Consortium Representatives. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254
- <sup>35</sup> Pérez Trullén A, Clemente ML.. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumonal* 2001; 37:184-96

- 
- <sup>36</sup> Chaloupka FJ, HU T. Warner KE, Jacobs R. Yurekli A. The taxation of tobacco products En: tobacco control developing countries. New York:Oxford University Press,2000:238-272.
- <sup>37</sup> Gilbert A. Cornuz J. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? To what extent does an increase in tobacco prices lead to a significant in consumption? What other possible implications will an increase of tobacco prices have? WHO Regional office for Europe. Itaealth Evidence Network, Copenhagen, 2003
- <sup>38</sup> Valdés-salgado Hernández-Ávila M. Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la región americana. Elementos para un programa de acción. Salud pública Mex. 2002; 44 Suppl 1.AS125-S135.
- <sup>39</sup> World Bank. Curbing the epidemic governments and economics of tobacco Control.Washington, DC:World Bank,1999
- <sup>40</sup> Emery S.White MM.Gilpin EA.Pierce Jp.Was there significant tax evasion alter the 199950 cent per pack cigarette tax increase in California? Tab control 2002;11:130-134.
- <sup>41</sup> Canadian Cancer Society Non-Smokers' Rights Association and physicians for a Smoke-Free Canada, Quebec Coalition for Tobacco (1999),Surveying the damage: Cut-rate Tobacco products Ana public Itealth in the 1990s.Ottawa:Canadiense Cancer Society,1999.
- <sup>42</sup> SAMHSA HHS. Calculado con base en los datos Del Nacional house4hold Survey on Drug Abuse, 2001 (<http://oas.samhs.gov/facts.cfm>). Vease también, HHS, Youth and Tobacco: Prevetinng Tobacco Use among Young People: A Repoprt of the Surgeon General.Washintong, DC, 1995
- <sup>43</sup> Landcaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. Bmj 2000; 321: 355-358
- <sup>44</sup> Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ 1999; 318: 182-185.
- <sup>45</sup> Smoking- Cessation Programme Motivates Russian Physicians to Assist Their Patients- and Themselves Global Health & Environment Monitor, Invierno de 2004 ([http:// www.ceche.org/communications/Russian-cancer-cen.html](http://www.ceche.org/communications/Russian-cancer-cen.html))
- <sup>46</sup> Ohida T. Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AMM, Takemura S, Minowa M, et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking Japanese physicians. Jama 2001;285:2643-2648..
- <sup>47</sup> Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, Departamento de salud y servicios social de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública, 2000.
- <sup>48</sup> Johnson NW, Bain CA, EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. Tobacco and oral disease. Br Dent J 200;189 (4):200-206
- <sup>49</sup> Rice VH, Otead LF. Nursing interventions for smoking cessation. En: The Cochrane Library, Numero 1, Chic Hester, John Wiley and Sons, 2004.
- <sup>50</sup> ([http://www.joannabriggs.edu.au/best\\_practice/BPISsmok.php#anchor](http://www.joannabriggs.edu.au/best_practice/BPISsmok.php#anchor) 14719788)
- <sup>51</sup> Fiore MC et al. Treating Tobacco use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, Departamento de salud y Servicios de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública, 2000

- 
- <sup>52</sup> <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000214.htm>
- <sup>53</sup> <http://rxforchange.ucsf.edu/>
- <sup>54</sup> Pharmacists against Tobacco. Global Network of Pharmacists against Tobacco. (<http://www.fip.org/pharmacistsaintstobacco/20040915PATupdate.pdf>)
- <sup>55</sup> Picar A, Chhase S. End CPP investment in tobacco, doctors demand. Globe and Mail, 18 de agosto de 2004 [ Extraído de ASH Daily News, 15 de noviembre de 2004]
- <sup>56</sup> Splanger JG, MA George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervención training. Current effort and gaps in US medical schools. JA2002; 228:11202-1109
- <sup>57</sup> Helgason AR, Lund KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:378-385.
- <sup>58</sup> Wamakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. J Dent Educ 2002;66 (9):1079-1087
- <sup>59</sup> Fernández Ruiz ML, Sanchez Bayle M. Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Comunita of Madrid, Spain. Gaceta Sanitaria, 2003, enero-febrero, 17 (1): 5-10. (24)
- <sup>60</sup> John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco control activities. European journal of Cancer Prevention, junio de 2003, 12 (3):253.
- <sup>61</sup> [www.tobaccofrenurses.org](http://www.tobaccofrenurses.org).
- <sup>62</sup> Health Education Authority. Health promotion and the community pharmacist. London: HEA, 1994
- <sup>63</sup> Silagy C, Mant D, Flower G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD000146
- <sup>64</sup> Vitale F. Professional intervention for smoking cessation: The contribution of the pharmacist. European Journal of Public Health 2000; 10(3 Suppl): 21-4
- <sup>65</sup> Williams DM, Newsom JF, Brock TP. An evaluation of smoking cessation-related activities by pharmacist. Journal of the American Pharmaceutical Association 2000; 40(3); 366-70.
- <sup>66</sup> Wick M, Ackermann-Liebrich U, Bugnon O, Cerise C. Evaluation of the “future non-smokers” campaign of the Swiss Society of Pharmacist [Evaluation der Kampagne “Kunftige Nichtraucher” des Schweizerischen Apothekerverbands]. Sozial-und Praventivmedizin 2000;45(2):73-84
- <sup>67</sup> Blenkinsopp A, Tam J, Platts A, Allen J. Evaluation of feasibility and acceptability of a community pharmacy health promotion scheme- Views of users and providers. Health education Journal 2002; 61(1): 52-69
- <sup>68</sup> Zillich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. Pharmacotherapy 2002;22(6):759-65.
- <sup>69</sup> Maguirre TA, Mc Elnay JC, Drummond A. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. Adiction 2001;96 (2): 325-31

- 
- <sup>70</sup> Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Forman SP, Jamrozik K et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980's to the mid – 1990s: findings from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health* 2001;91(2):2006-12
- <sup>71</sup> Emons KM Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Preventive Medicine* 1992;21(2):262-9
- <sup>72</sup> Coultas DB. The physician's role in smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine* 1991;12(4):755-68. 92083710.
- <sup>73</sup> Centers for Disease control. Physicians and other health-care professional counseling of smokers to quit. United States, 1991. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42(44):854-7. 94049530
- <sup>74</sup> Cherry DK, Burt CW, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Advance Data* 2003; Aug 11(337):1-44
- <sup>75</sup> White F, Kearney N. Enhancing the nurses role in tobacco control. Tobacco Control Factsheets, UICC GLOBALink. UICC Globalink, 2003
- <sup>76</sup> Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al Treating tobacco use and Dependence. A clinical Practice Guideline. AHRQ Publication No. 00-0032. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, 2000.
- <sup>77</sup> Sanders D, Flower G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marziller J. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *Journal of The Royal College of General Practitioners* 1989; 39(324):273-6 90079848
- <sup>78</sup> Risser NL, Belcher DW. Adding spirometry, carbon monoxide, and pulmonary symptom results to smoking cessation counseling: a randomized trial. *Journal of Internal Medicine* 1990;5(1):16-22. 90133025.
- <sup>79</sup> Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomized controlled trial. *BMJ* 2002; 324(7329):87-9. 21645850.
- <sup>80</sup> Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F. Short- and long- term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001; 15(3):261-4
- <sup>81</sup> Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients – Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157(4):409-15. 97198917
- <sup>82</sup> Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review) (updated 20/8/2002). In : *The Cochrane Library*, 1, 2004. Chichester. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- <sup>83</sup> Gelskey SC. Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1999; 27(1): 16-24.99184726.
- <sup>84</sup> Mirbod SM, Ahing SI. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part II . Malignant lesions. *Journal of the Canadian Dental Association* 2000; 66(6):308-11. 20383031.

- 
- <sup>85</sup> Epstein JB, Sliverman S JR. Head and neck malignancies associated with HIV infection. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 1992;73(2):193-200. 92195608
- <sup>86</sup> Holleb AI. Comments from the former Chief Medical Officer of the American Cancer Society (1968-198) *Cancer* 1996;78(12):2590-197110408.
- <sup>87</sup> Piyathilake CJ, Macaluso M, Hime RJ, Vinter DW, Richards EW, Krumdieck CL. Cigarette smoking, intracellular vitamin deficiency, and occurrence of micronuclei in epithelial cells of the buccal mucosa. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1999; 4(7):751-8. 96114051
- <sup>88</sup> EU Working Group on Tobacco and Oral Health. EU Working Group on Tobacco and Oral Health Consensus Meeting Abstracts. *Oral Disease* 1998;4(1):48-67. 98319115
- <sup>89</sup> Mecklenburg RE. Tobacco: addiction, oral health, and cessation. *Quintessence International* 1998;29(4):250-2. 98307274
- <sup>90</sup> Trombelli L, Scabbia A: Healing response Of. gingival recession defects following guided tissue regeneration in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontal* 1997; 24: 529-33
- <sup>91</sup> Bowles WH, Wilkinson MR, Wagner MJ, Woody RD. Abrasive particles in tobacco products: a possible factor in dental attrition. *Journal of the American Dental Association* 1995;126(3):327-31; quiz 348.
- <sup>92</sup> Offenbacher S, Weathers R. Effects of smokeless tobacco on the periodontal, mucosal and caries status of adolescent males. *Journal of oral Pathology* 1985;14(2):169-81.
- <sup>93</sup> Ernster VL., Grady DG, Greene JC, Walsh M, Robertson P, Daniela TE et al. Smokeless tobacco use and health effects among baseball players. *JAMA* 1990;264(2):218-24
- <sup>94</sup> Little SJ, Stevens VJ, Severson HH, Lichtenstein E. Effective smokeless tobacco intervention for dental hygiene patients. *Journal of dental hygiene* 1992;66(4):185-90
- <sup>95</sup> Hirsch JM, Heyden G, Thilander H. A clinical, histomorphological and histochemical study on snuff-induced lesions of varying severity. *Journal of oral Pathology* 1982;11(5):387-98.
- <sup>96</sup> Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F. Oral Leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer* 1984;53(3):563-8.
- <sup>97</sup> Critchely JA, Unal B. Health effects associated with smokeless tobacco: a systematic review. *Thorax* 2003; 58(5):435-43 22613930
- <sup>98</sup> Christen AG, Klein JA, Christen JA, McDonald JL Jr, Guna CJ. How-to-do-it quit-smoking strategies for the dental office team: an eight-step program. *Journal of the American Dental Association* 1990;Suppl:20S-27S. 90110683
- <sup>99</sup> Block DE, Block LE, Hutton SJ, Jonson KM. Tobacco counseling practices of dentists compared to other health care providers in a Midwestern region. *Journal of Dental Education* 1999;63(11):821-7. 20076928
- <sup>100</sup> Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. *Journal of the American Dental Association* 2001;132(Suppl)30S-35S. 21662890

- 
- <sup>101</sup> Campebell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *Journal of the American Dental Association* 1999;130(2):219-26. 99155870
- <sup>102</sup> Campebell HS, Macdonal JM. Tobacco conselling among Alberta dentists. *Journal of The Canadian Dental Association* 1994;60(3):218-2, 223-6. 94207887 .
- <sup>103</sup> Dolan TA, McGorray SP, Grinstead-Skigen CL, Mecklenburg R. Tobacco Control activities in U.S. dental practices. *Journal of the American Dental Association* 1997;128(12):1669-79. 98077605
- <sup>104</sup> Fried JL Cohen LA, Maryland dentists' attitudes regarding tobacco issues, *Clinical Preventive Dentristry* 1992;14(2):10-16. 96362142.
- <sup>105</sup> Andrews JA, Severson H, Lichtenstein E, Gordon JS, Barkley MF Evaluation of a Dental office tobacco cessation program; effects on smokeless tobacco use. *Annals od Bhavioral Medicine* 1999;21:48-53.
- <sup>106</sup> Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon J. A dental office intervention for smokeless tobacco cessation. 10<sup>th</sup> World Conference on Tobacco or Health 24-28 August Beijing Abstract book.1997.
- <sup>107</sup> Gansky Sa, Ellison JA, Kavanagh C, Milton JF, Walsh MM. Oral screening and brief spit tobacco cessation counseling: a review and findings. *Journal of Dental Education* 2002;66(9):1088-98
- <sup>108</sup> Walsh MM, Milton JF, Masouredis C, Gee L, Chesney MA, Ernster VL. A randomized controlled intervention trial to promote spit tobacco cessation among college athletes. *Journal of Dental Research* 1995;Special Issue Abstracts of Papers (73<sup>rd</sup> General Session and Exhibition of the International Association for Dental research June 28-July 1,1995, Singapore):458(Abs No463).
- <sup>109</sup> Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, Little SJ, Leben J. Making the most of a teachable moment: a smoeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *American Journal of Public Health* 1995;85(2):231-5
- <sup>110</sup> Lancaster T, Steard L. Physician advine for smoking cessation. In : *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2004. CD000165
- <sup>111</sup> Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al... Clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Rockville: US Departamento f Health and Human Services. Agency for health care Policy and Research, 2000. Publication n.º 2000-0032
- <sup>112</sup> Fiore MC, Bailey WC, Cohen Sc, et al.. Smoking cessation: clinical practice guideline, n. º 18. Rockville: Agency for heakth Care Policy and research, 1996. Publication n. º 96-0692
- <sup>113</sup> Rusell MAh, WQilson C, Baker CD...Effect of general practitioner's advine against smoking.*BMJ* 1979; 2:231-5
- <sup>114</sup> Tormo J, Lora N, Gálvez M, De la Rubia A, Bono E, Sánchez PA... Abordaje del tabaquismo en medicina familiar. Granada: SAMFYC, 1997
- <sup>115</sup> EU Working Group on tobacco and oral Health. (1998) Tobacco and oral health. Facts for the dental profession. A tool for Development of information materials and guidelines
- <sup>116</sup> Grable JC. Ternillo S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003;114 (2):45-54

- 
- <sup>117</sup> West R, McNeil A, M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Chest* 2000; 55:987-999
- <sup>118</sup> Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 2003;66:183-199.
- <sup>119</sup> Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MJ, Flores S, ramos A, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumal* 1999;35:499-506
- <sup>120</sup> Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotina Dependence: a review of the Fagerström Tolerante Nicotina Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-82
- <sup>121</sup> Centro de investigaciones sociológicas (CIS): Actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. *Revista española de investigaciones sociológicas* 1986;34:243-419
- <sup>122</sup> Barrueco M. Desde el lado del paciente. *Prev.Tab* 2001; 3 (4): 207-8
- <sup>123</sup> Córdoba R. Consejo medico e intervención mínima. En: Barrueco M. Hernández Mezquita MA (eds).Manual de prevención y tratamiento del tabaco PAVAN S:L., 2001 P.117-35
- <sup>124</sup> Solano S. Funciones del profesional sanitario y farmaceutico frente al tabaquismo. En: Jiménez CA 8ed9. aproximación al tabaquismo en España.Un estudio multifactorial. Pharmacia & Upjohn SA 1997.P.109-23
- <sup>125</sup> Fiore MC. Biley WC. Cohen SC. Dorfman 57. Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating. Tobacco Use and Dependence. Cl8inical Practice Guideline. Rockville; US Departament of Healt and Services; 200. Agency for Healt care Researd and Quality Publicación nº 00-32
- <sup>126</sup> Lancaster T:S tead L. Silagy CH. Sonden A. Effectivess of intervention to help people stao smoking: findings the Cochrane Library Br. Med. J 2000; 321:355-8.
- <sup>127</sup> Cabezas C. Deshabitución tabáquica, nuevas estrategias FMC 1994;1:37-52
- <sup>128</sup> Prochaska JO, velicer WF, Rossi Js, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowki W et al. Stages of Change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13:39-46
- <sup>129</sup> Directrices Clínicas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informa del Public Health Service de los Estados Unidos. *JAMA* 2000;283:3244-54
- <sup>130</sup> Torrecilla García M. Marrueco M. Maderuelo JA, Jiménez Ruíz C.Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabitución Tabáquica en una consulta de atención primaria: Eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Atención primaria* 2001; 27:629-36.
- <sup>131</sup> Silagy C. Otead LF Physician advine for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Issue 3, 2001 Oxford: Update Software.
- <sup>132</sup> Draft Health Effects Assessment for ETS.SRP Review. California Air Resources Borrard, marzo de 2005.(<http://ww.arb.ca.gov/toxics/ets/dreport/mar05/bexsum.pdf>)
- <sup>133</sup> (Silber, Tomás., y otros, 1992, p.430).

- 
- <sup>134</sup> Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group Differences in worldwide Tobacco Use by Gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Journal of School Health*, agosto de 2003, vol.73, 6: 207-215.
- <sup>135</sup> (Reynales S. Encuesta mundial de profesionales de la salud. México 2006. REPORTE FINAL. Cuernavaca, Morelos, México. Enero 2007).