DOCUMENTO DE CONSENSO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA ESTÉTICA

MÁS BELLEZA DESDE LA SALUD

IMPACTO DEL TABAQUISMO

Dra. Marta Banqué MD PhD MPH
Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública
Experta en cesación y tratamiento del tabaquismo

"Los años pasan y la belleza se esfuma"

¡ PARA DE FUMAR PATRICIA !

Sus hijas y su marido le ha estado advirtiendo hace tiempo de lo distinta que se ve. Más arrugas de las que debiera tener, pelo reseco, palidez en su cara y dientes amarillentos son algunas de las características que Patricia ha ido adquiriendo con el paso de los años.

No recuerda cuando empezó a fumar, quizás a los 15 ó 16 años. En esa época era normal que los jóvenes se juntaran a compartir un cigarrillo en algún lugar escondido, donde sus padres no los descubrieran. De lo contrario, el castigo era inminente.

Hoy, Patricia tiene 40 años y luce como una mujer que se acerca a los 50 años. En las tres décadas que han pasado desde su primera experiencia con el tabaco, no pudo ni quiso dejar de fumar, pues era una costumbre que se transformó en una rutina placentera que hoy le permite relajarse en épocas de estrés, calmar el frío en invierno o simplemente acompañar el primer café de la mañana: *"No soy nadie si no me tomo un café antes de salir de casa"*. Pero Patricia no es consciente que de lo que no puede desprenderse es del cigarrillo. Puede que el primer café se lo haya tomado en el bar de la esquina al salir a comprar tabaco cuando se le había terminado.

"*De algo habrá que morirse*", decía cada vez que le llamaban la atención por su tabaquismo. "*Mientras me conserve regia, no hay problema*", remataba sin siquiera imaginar lo que cada cigarrillo le estaba provocando en la piel.

Si miráramos de cerca la cara de nuestra protagonista, podríamos notar varias alteraciones que se han ido acentuando con el paso del tiempo y la adicción al tabaquismo. Cada una de estas alteraciones se genera a través de los componentes tóxicos que conforman los cigarrillos: la nicotina y el humo del tabaco son alguno de ellos.

¡*Si entendiera que lo que fuma no es más que nicotina y hasta alquitrán*!, dice suspirando la hija mayor de Patricia como esperando que alguna vez su mamá diera por terminada su relación con el tabaco. Basta con mirarse al espejo ¡Ya era extraño que Patricia utilizara más cremas de las que debiera! Hidratantes, tensores, reafirmantes, antiarrugas y cuánto producto sale en el mercado es adquirido por la mujer para verse joven. Cómo olvidar ademas las visitas permanentes a la peluquería. Después de todo ha visto como su pelo, quebrándose en sus puntas y tomando un tono opaco y diferente, "*nada que un tinte no pueda arreglar*", dice tozudamente.

INTRODUCCIÓN

Para el médico, los mayores cambios estéticos que produce el tabaco son la aparición de arrugas prematuras, deshidratación de la piel, sequedad del cabello, estrías, manchas amarillentas en los dientes y dedos, olor corporal a tabaco y la aparición de cáncer en múltiples localizaciones. La Doctora Marta Banqué agrega además que otras enfermedades de la piel son asociadas con la adicción al tabaquismo, señalando la psoriasis, el acné y la calvicie como algunas de ellas.

A estas alteraciones hay que sumarle el deterioro de los rayos ultravioleta que tanto en invierno como en verano causan las ya conocidas consecuencias en nuestra piel. Para el médico, los años afectan a todos, pero es en las mujeres donde las variaciones son más evidentes a edades más tempranas puesto que la dermis femenina es más delicada y la sobre exposición es mucho más frecuente.

La pregunta del millón es quizás saber si dejando de fumar todos los daños en la piel acumulados en el tiempo se desvanecerían como por arte de magia. Y aunque el desgaste es irreversible, con el pasar del tiempo disminuirá la acumulación de radicales libres y mejorará la circulación periférica logrando así revertir, en parte, el daño provocado.

Otra de las vías de escape frente a esta adicción es llevar una vida saludable. La utilización de antioxidantes y la ingesta de frutas y verduras son algunos de los consejos que podrían acelerar la recuperación del daño en la piel. "*Todo parte por un cambio en el estilo de vida*".

"*¿De qué sirve que el cigarro te ayude para liberar la tensión? Hay otras fórmulas para contenerla; hay otras formas de encarar las situaciones*".

Dejar de fumar conduce hacia un cambio de estilo de vida en el que todos los médicos especialistas en medicina estética podrían tener un doble papel: ayudar a dejar de fumar y revertir, en la medida de lo posible, los cambios producidos en la piel.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente documento responden a los siguientes puntos:

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar los conocimientos y herramientas necesarias para abordar el paciente fumador en la práctica clínica diaria adaptado a los profesional en medicina estética.
- Formar a los profesionales en tabaquismo y revisar el impacto estético en los pacientes adictos al tabaquismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar una guía práctica del manejo del tabaquismo para incorporar en la práctica clínica de los profesionales de la SEME: “Intervención mínima en tabaquismo”.
- Dar las herramientas necesarias para identificar a los fumadores, valorar en qué estado de cambio se encuentran y determinar su nivel de dependencia.
- Adquirir los conocimientos necesarios para recomendar un tratamiento eficaz adaptado a cada paciente.
- Fidelizar a los pacientes a la consulta de medicina estética mediante la cesación del tabaquismo como valor añadido en la mejora de los resultados.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA

- CAPÍTULO 1. ¿Qué contiene un cigarrillo? La toxicidad del cigarrillo y el humo del tabaco.
- CAPÍTULO 2. Tabaquismo y medicina estética: Fisiotología y alteraciones asociadas.
- CAPÍTULO 3. Las bases de la adicción a la nicotina: Adicción física y conductual.
- CAPÍTULO 4. Tratamiento del tabaquismo: Vareniclina.
- CAPÍTULO 5. Niveles de intervención en el tabaquismo.
- CAPÍTULO 6. Organización de una consulta: primera visita y seguimiento.
- CAPÍTULO 7. Nociones de entrevista motivacional, recomendaciones y abordaje de las recaídas.
- CAPÍTULO 8. Conclusiones y aplicabilidad en la consulta.
- CAPÍTULO 9. Bibliografía.

¿QUÉ CONTIENE UN CIGARRILLO? LA TOXICIDAD DEL CIGARRILLO Y DEL HUMO DEL TABACO

Se considera fumador a toda persona que haya fumado al menos 100 cigarrillos a lo largo de la vida. Mientras la mayoría de los fumadores conocen el riesgo de cáncer, muy pocos son conscientes del daño en el aparato cardiovascular (CV), aparto respiratorio y en la piel.

El cigarrillo, sus componentes y el humo que desprende, contiene más de 4.500 sustancias químicas, metales pesados, venenos y otras sustancias tóxicas de entre las cuales más de 250 son cancerígenas. Todas estas sustancias están presentes en productos de droguería, farmacia, recambios de coches, disolventes industriales, etc. A continuación, algunos ejemplos: Acetona (quitaesmalte de uñas), naftalina (antipolillas), cadmio (baterías de vehículos), monóxido de carbono (humo del tubo de escape), cloruro de vinilo (plástico), mercurio (termómetro), amoníaco (droguería), arsénico (veneno para hormigas), butano (gas cocinas), polonio (elemento radioactivo), DDT (insecticida), níquel (monedas), tolueno (disolvente industrial), etc.

A todo esto, añadir dos frases que el médico incorpora en su discurso al atender a un paciente que se resiste y niega la toxicidad del cigarrillo:

- ¡LA NICOTINA ES ADICTIVA, NO CANCERÍGENA! Pero... !Cuidado! Que no se confunda el lector. Claro que la nicotina es mala, sino vean la toxicidad de ésta en los próximos capítulos, pero esta frase es útil en aquellos casos en los que el paciente se niega a tratarse con sustitutivos de la nicotina. Se niega porque en realidad no quiere dejar de fumar. El razonamiento le lleva a pensar que si quiere dejar de fumar debe hacerlo sin nicotina porque al fin y al cabo es lo mismo. El beneficio radica en que aunque tóxica, no es es cancerígena. Sin duda, si no hay más alternativas de tratamiento que los sustitutivos de nicotina, siempre es mejor la vía de administración transdérmica (parches) o oral (chicles y comprimidos) que la inhalada (cigarrillo).

- FUMAR CIGARRILLOS LIGHT NO SUPONE NINGÚN BENEFICIO PARA LA SALUD. Un cigarrillo es *light* cuando el contenido de nicotina y alquitrán es menor pero la toxicidad y el poder cancerígeno del cigarrillo y del humo siguen intactos. Además, existen numerosos estudios científicos que señalan que la adicción a la nicotina provoca que el fumador aspire con mayor intensidad para mantener el mismo nivel de nicotina en sangre.

Entre los componentes dañinos del cigarrillo y del humo de destacan:

- NICOTINA: Adicción física, alteraciones cardiovasculares (CV) y alteraciones cutáneas.
- MONÓXIDO DE CARBONO (CO): Alteraciones cardiovasculares y alteraciones cutáneas.
- NITROSAMINAS Y BENZOPIRENOS: Cáncer (múltiples localizaciones) y alteraciones cutáneas.
- RADICALES LIBRES: Enfermedades respiratorias. Ejemplos: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfisema, bronquitis crónica y asma) y alteraciones cutáneas.

Antes de mencionar las alteraciones cutáneas propias del tabaquismo y la fisiopatología en este órgano, es necesario un breve repaso del resto de enfermedades que el cigarrillo provoca de forma directa. El paciente, no solo debería ser advertido de las lesiones cutáneas sino aprovechar la ocasión para advertirle que muchas de ellas son causa de morbimortalidad, la mayoría irreversibles a corto y largo plazo.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Donde más daño producen las sustancias químicas de los cigarrillos es a nivel vascular. Existe mayor riesgo de enfermedades como eritrocitosis y trombocitosis de modo que si continua fumando aumenta el riesgo de padecer varices. ¡Cuidado! Es la primera señal de enfermedades vasculares de los grandes vasos que pueden derivar a Accidente Vascular Cerebral

(AVC), coronariopatías, Edema Agudo de Pulmón (EAP), angina de pecho, Infarto agudo de miocardio (IAM) y trombosis. Pero, ¿en qué magnitud?:

- El 30% de las enfermedades CV están relacionadas con el tabaquismo.
- Mayor riesgo de hipertensión arterial debido a un aumento del 10 al 15% de las cifras de tensión arterial sistólica y, sobretodo, diastólica. Esto es debido a que las paredes de los vasos sanguíneos se hacen más rígidos.
- El 14% de los fumadores presentarán una enfermedad CV a lo largo de su vida mientras sigan fumando.
- A los 12 meses del abandono del tabaquismo, la incidencia de enfermedades CV puede llegar a disminuir hasta el 50%.

ENFERMEDADES (RESPIRATORIAS Y CÁNCER)

- El 27,8% de los fumadores están a riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón a lo largo de su vida si no abandonan el tabaquismo.
- El tabaquismo es el responsable directo del 95% de los cánceres pulmonares.
- A los 10-15 años la incidencia de cáncer de pulmón se iguala a la de los no fumadores.
- El 20% de los fumadores padecerán EPOC si continúan fumando.
- El tabaquismo es el responsable directo del 90% de las EPOC.

CÁNCER (MÚLTIPLES LOCALIZACIONES)

- Responsable del 80% de los cánceres de esófago (sobre todo asociado al alcoholismo).
- Responsable del 50% del cáncer de vejiga urinaria (sobre todo en hombres).
- Otras localizaciones: Colon y recto, páncreas, estómago, boca, laringe, esófago, leucemia, etc.

TABAQUISMO Y MEDICINA ESTÉTICA. FISIOPATOLOGÍA

Fumar es una causa fundamental de diversas patologías graves como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y respiratorias. También la piel sufre las consecuencias del tabaquismo, no sólo con enfermedades graves, sino también con aquéllas que afectan a su estética.

El primer órgano que se beneficia del abandono del tabaco es la piel. Éste contribuye a su envejecimiento prematuro al estar cargado de radicales libres que, además de reducir hasta un 50% la capacidad antioxidante de la sangre, centran su acción nociva de modo especial sobre las células de la piel. Al dejar de fumar es el primer órgano que muestra los síntomas de recuperación tras eliminar el tabaco del cuerpo. La piel se desintoxica sola y al cabo de poco tiempo recupera su esplendor.

Estudios llevados a cabo desde los años 60 demuestran claramente que el consumo del tabaco afecta seriamente a la elasticidad de la piel y la aparición de arrugas. ¿Les suenan las arrugas alrededor de la boca? ¡FUMAR PERJUDICA NOTABLEMENTE LA SALUD DE LA PIEL!

Cada bocanada de humo de un cigarrillo contiene unos dos billones de radicales libres responsables del proceso continuo de oxidación y envejecimiento prematuro de los miles de millones de células que conforman el cuerpo humano.

¡FUMAR DURANTE 10 AÑOS, ENVEJECE LA PIEL DOS AÑOS Y MEDIO!

NO FUMADORA

10 años más tarde…

NO FUMADORA

20 años más tarde…

FUMADORA

FUMADORA

El tabaco es uno de los factores que más contribuye al envejecimiento cutáneo. FUMAR DURANTE 10 AÑOS SEGUIDOS ACELERA HASTA 2 AÑOS Y MEDIO EL DESGASTE DE LA PIEL. El tabaco, junto a otros condicionantes como la incidencia solar, la alimentación o los procesos crónicos, determinan el estado cutáneo de las personas. El envejecimiento es un proceso individual que varía mucho en función de cada persona, de sus características físicas y genéticas, así como de su rutina y modos de vida.

Y es que fumar provoca la disminución de la circulación sanguínea en todos los tejidos, influyendo negativamente en la elasticidad de la piel. Un contra más a tener en cuenta en la balanza de los que se plantean ganar el pulso a la nicotina. De hecho, el tabaco es el principal responsable del envejecimiento facial prematuro de quiénes consumen a diario esta sustancia. Así, primero es el desgaste de la piel, haciendo más visibles los músculos faciales por la erosión de su envoltorio. Y a continuación, las marcas de expresión, especialmente alrededor de la boca, que ganan en profundidad en proporción a la afición al tabaco. Una lamentable contraprestación para quienes tienen en el tabaco su único caballo de batalla en materia de salud. Este hábito también daña las funciones que revierten los efectos secundarios causados por la exposición solar, dejando el paso libre a la aparición de manchas.

Una vez que la piel se encuentra bajo este panorama, en el caso del rostro y como consecuencia de su movimiento habitual, los músculos faciales se harán más visibles provocando la aparición líneas de expresión, como las que se forman de manera vertical junto a los labios, más frecuentes en fumadores que en los que no lo son.

Veamos con un poco más de detalle las alteraciones que sufre la piel:

- La NICOTINA ES VASOCONSTRICTORA (existe aumento de los niveles de vasopresina). Fumar produce vasoconstricción durante 90 minutos y existe una disminución del 42% de la microcirculación sanguínea. La piel estará 'desnutrida' y deshidratada porque el aporte de oxígeno y nutrientes será menor. Además, las más de 4.500 sustancias del cigarrillo y del humo dañan el colágeno y la elastina que son las sustancias que dan elasticidad a la piel.
- El tabaco COMPROMETE LA CORRECTA NUTRICIÓN de la piel ya que la nicotina provoca que las arterias y venas se contraigan y reduzcan su calibre, empeorando la microcirculación y la irrigación de la piel. A ello hay que añadir que el monóxido de carbono del humo reduce la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre.
- El monóxido de carbono (1-3% del cigarrillo) al unirse a la hemoglobina desplaza al oxígeno y da lugar a carboxiHb que disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos lo que da lugar a un DÉFICIT NUTRIENTES esenciales para la piel, entre ellos la VITAMINA A. Esto se manifiesta en una mayor propensión a la deshidratación cutánea y un aspecto de la piel más apagado.
- El déficit de los niveles de vitamina A produce cambios en la calidad y cantidad del colágeno y elastina, atrofia dérmica, disminución de los fibroblastos y acortamiento de los capilares. Ello ocasiona el ENVEJECIMIENTO PRECOZ DE LA PIEL, un proceso que se conoce con el nombre de elastosis. La elastosis del fumador se produce por los radicales libres y en el caso de los fumadores se inicia en la dermis media o profunda (dermis reticular) a diferencia de la elastosis solar que se inicia en la epidermis o dermis papilar.

Es un proceso de oxidación que se produce por la acumulación de radicales libres que llegan a las células epiteliales a través de la sangre.

- Además en las mujeres tiene lugar una DISMINUCIÓN DE LOS ESTRÓGENOS que facilita la SEQUEDAD y ATROFIA CUTÁNEA que también disminuye la cantidad de vitamina A absorbida por la piel. La combinación de estos efectos ocasiona que la piel del fumador presente un aspecto apagado, sin brillo e incluso grisáceo más acentuados en la mujer.

- Existe una hidroxilaxión del estradiol que se manifiesta por un relativo HIPOESTROGENISMO, consecuencia de sequedad y atrofia cutánea, y un relativo aumento de los andrógenos.

- Existe una asociación significativa entre ALOPECIA y tabaquismo que puede explicarse por: Aumento de niveles de andrógenos e hipoestrogenismo relativos, alteración vascularización del folículo papilar y daño del ADN folicular, microinflamación folicular y fibrosis. El cuero cabelludo pierde luminosidad, se vuelve quebradizo e incrementa su porosidad.

- Existe ADIPOSIDAD LOCALIZADA. El fumador, respecto al no fumador (aún con menor peso) tiene incrementado el perímetro cintura-cadera. Existe un aumento de la grasa abdominal que, a su vez, contribuye al mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

- El humo y la nicotina disminuyen la oxigenación y provocan vasoconstricción de los tejidos y con ello la circulación sanguínea, lo que también afecta negativamente a la CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS. Esto significa que las heridas tardan más en sanar y se generarán marcas que son más grandes, así como rojas.

- La nicotina daña las fibras y el tejido conectivo de la piel. Existe PÉRDIDA DE ELASTICIDAD y fuerza de la piel que da lugar a la aparición de ESTRÍAS que en el fumador son más notorias y de un color rojo intenso.

- De acuerdo a estudios realizados por la Universidad Johns Hopkins, las personas que fuman están cuatro veces más propensas a no conciliar el sueño de manera adecuada. Esto se debe a que la abstinencia nocturna a la nicotina provoca ansiedad, y por ende, aparecen BOLSAS BAJO LOS OJOS al no lograr descansar, mucho más oscuras que en el caso de los no fumadores.

- La PSORIASIS son lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas en la piel, la cual puede aparecer en las personas adictas al cigarro. Se estima que entre uno y tres por ciento de la población la padece. Si bien puede aparecer a cualquier edad, suele hacerlo entre los 15 y los 35 años, con un pico máximo de incidencia en la segunda década. Afecta por igual a ambos sexos, aunque es más precoz en mujeres.

La doctora Marta Banqué recuerda que, ya en 1993, Chapman escribió que "el tabaco nos hace más viejos y feos, ya que causa arrugamiento y hace a los fumadores prematuramente viejos, con la consecuente pérdida de atractivo”.

Igualmente, Model definía la cara del fumador con las siguientes características:

- Arrugas muy marcadas.

- Aspecto demacrado facial con prominencia de los huesos.
- Apariencia grisácea de la piel.
- Complexión pletórica, rojo púrpura.

Estas características se presentaban en el 16% de los fumadores y en el 8% de los exfumadores. Por ello, preguntar al paciente sobre su relación con el tabaco se ha convertido en una constante en toda consulta médico-estética que se precie.

“Los años pasan y la belleza se esfuma”

¡VAMOS A CONVENCERLA!

VAMOS A CONVENCERLA:

- Cuando dejes de fumar, tu piel se desintoxicará sola y al cabo de poco tiempo vas a recuperar luminosidad
- Con el paso del tiempo disminuirá la acumulación de radicales libres logrando revertir, en parte, el daño provocado
- Por cada 10 años que fumas, tu piel envejece 2 años y medio
- Si continuas fumando, vas a aparentar 14 años más!
- Las arrugas terminarán siendo irreversibles
- Utiliza antioxidantes y come frutas y verduras crudas, acelerarán la recuperación del daño de la piel
- USA UN TRATAMIENTO EFICAZ PARA DEJAR DE FUMAR. SIN ANSIEDAD LO VAS A LOGRAR!

Fumar = ADICCIÓN

2 Niveles:

- Conductual (hábito, rutina, costumbre) **ADICCIÓN PSICOLÓGICA**
- Física (síndrome de abstinencia) **ADICCIÓN FÍSICA**

Aunque el el cigarrillo contenga miles de sustancias, la nicotina es la que tiene el poder adictivo y, por lo tanto, la responsable de la dependencia física y la causante de los efectos observables sobre el comportamiento.

Se debe diferenciar entre ADICCIÓN FÍSICA Y ADICCIÓN PSICOLÓGICA. La adicción física es la responsable del síndrome de abstinencia delante de la privación de consumo, mientras que la adicción psicológica o conductual es aquella que está asociada a numerosas actuaciones de la vida cotidiana y a las emociones, tanto negativas como positivas. Ambas adicciones son las responsables del mantenimiento y consolidación.

La nicotina cumple todos los criterios para que una droga sea considerada adictiva y cree dependencia: fenómeno de TOLERANCIA (disminución del efecto para una misma dosis que hace que se incremente para obtener el mismo grado de satisfacción deseada), PRIVACIÓN (aparición del síndrome de abstinencia delante de la falta de consumo), MANTENIMIENTO (fumar durante un período mayor del deseado por la imposibilidad de abandono), deseo persistente e imperioso de fumar, intentos fallidos para disminuir la cantidad de cigarrillos o el abandono permanente del tabaco, pérdida de tiempo en actividades relacionadas con el consumo de una sustancia, consumir considerables períodos de tiempo para obtener un cigarrillo, persistencia en su consumo aún conociendo sus efectos nocivos y síndrome de abstinencia en el intento de dejarlo.

DEFINICIÓN ADICCIÓN:
Dependencia fisiológica y psicológica habitual a una sustancia que escapa al control voluntario

"No fumo porque quiero sino porque soy adicto"

FACTORES DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN

Son muchos los factores condicionantes que participan en el mantenimiento y consolidación del tabaquismo. La acción de fumar va asociada a numerosas situaciones de la vida cotidiana como tomar un café, tomar el aperitivo, alargar la sobremesa, llamar por teléfono, etc. también va asociado a aquellas circunstancias que puedan afectar el estado de ánimo, emociones, estrés, presión laboral y profesional, problemas familiares, soledad, etc. son condicionantes que favorecen que el fumador reitere el acto de fumar.

A todo esto se plantea una cuestión: ¿la perpetuación de fumar está condicionada por el síndrome de abstinencia o por la respuesta gratificante derivada de la inhalación de la nicotina? La mera repetición del acto de fumar favorece tal conducta potenciando el mantenimiento y consolidación ya que cada calada supone más ocasiones de perpetuar el consumo de tabaco relacionando éste con diversas situaciones de la vida cotidiana.

Se resumen en:

- LA DROGA: Refuerzo positivo y negativo.
- LA PERSONA: Patrones de conducta y de personalidad distintas (impulsividad y búsqueda de sensaciones).
- EL ENTORNO: Oportunidades, falta de alternativas y presión social.

Si nos centramos en la adicción física, la perpetuación del consumo se debe al REFUERZO POSITIVO Y REFUERZO NEGATIVO de la droga.

- REFUERZO POSITIVO: ***Estímulo placentero que lleva a la búsqueda continua.*** La nicotina desencadena un conjunto de procesos neuroquímicos que provocan placer de modo que llevará a seguir con el consumo.
- REFUERZO NEGATIVO: ***Adoptar una consulta para evitar estímulos aversivos***. Es decir, si la calada a un cigarrillo en momentos de abstinencia suponen una mejoría de los síntomas, frente a situaciones en las que el fumador sabe que no podrá consumir en un tiempo, éste va a fumar sin necesidad para evitarlos.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

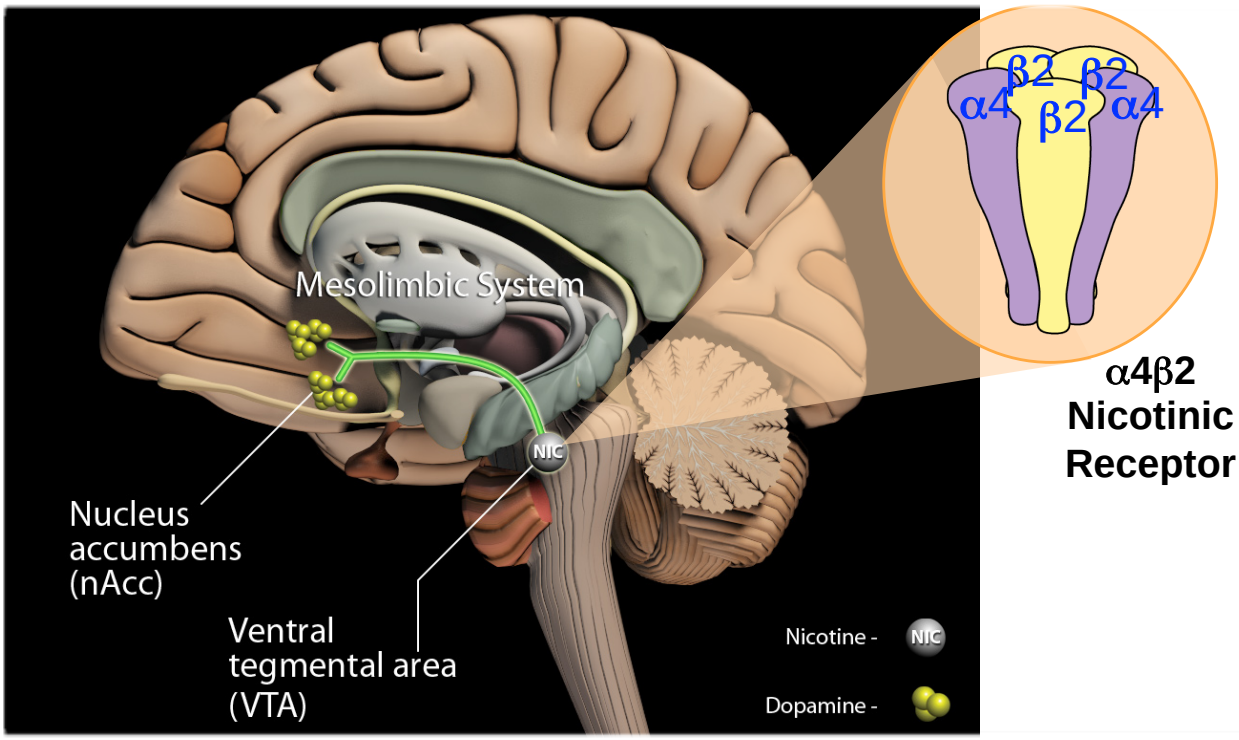
El síndrome de abstinencia tiene lugar durante la privación de nicotina. Los síntomas comienzan a las 6-12 horas después de interrumpir la administración de nicotina. El pico máximo se da entre el primer y el tercer día, y la duración suele ser de 3 a 4 semanas. En algunos fumadores los síntomas pueden prolongarse durante períodos superiores de 2 a 4 meses. Esto último se debe, sobretodo, a la adicción psicológica que el exfumador confunde con el síndrome de abstinencia.

La aparición del síndrome de abstinencia es una de las causas principales de recaída durante el proceso de abandono. El *craving* o deseo imperioso de fumar es uno de los responsables de las recaídas junto a la ansiedad y al aumento de peso.

Existe una relación entre ansiedad, la duración del síndrome de abstinencia y el grado de dependencia del fumador. Los síntomas del síndrome de abstinencia se resumen en la siguiente tabla:

SÍNTOMAS	DURACIÓN	INCIDENCIA (%)
Dolor de cabeza	< 48 horas	10
Trastornos del sueño	< 1 semana	25
Disminución de la concentración	< 2 semanas	60
Cravings	< 2 semanas	70
Irritabilidad y agresión	< 4 semanas	50
Depresión	< 4 semanas	60
Nerviosismo	< 4 semanas	60
Aumento del apetito	< 10 semanas	70

¿QUÉ SUCEDE EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL? MECANISMO DE ACCIÓN



- La nicotina se une a los receptores nicotínicos acetilcolinergics (nACh) fundamentalmente a los receptores nicotínicos alfa-4 beta-2 del área tegmental ventral

- Una vez producida esta unión se libera DOPAMINA en el núcleo acumbens generando la sensación de placer

La nicotina inhalada tarda de 7 a 10 segundos a alcanzar el Sistema Nervioso Central (SNC). La acción de la nicotina a nivel del SNC se explica por la unión a los receptores acetilcolinérgicos (Rc nACh) alfa-4 beta-2 del área tegmental ventral.

La unión competitiva de la nicotina a los receptores nicotínicos nACh causa una activación sostenida y desensibilización de los receptores. Al unirse, se libera DOPAMINA y otros neuro transmisores (NT). La Dopamina es la responsable de la sensación de placer (REFUERZO POSITIVO) y la caída de los niveles de Dopamina entre cigarrillos provoca los no deseados síntomas del síndrome de abstinencia.

Al disminuir los niveles de nicotina, los receptores pasan a un estado "abierto" provocando hiperexcitabilidad y conduciendo a los *"CRAVINGS"*. El fumador busca más nicotina para evitarlos, quiere experimentar la recompensa de la nicotina y no pasarlo mal en caso de privación del consumo (REFUERZO NEGATIVO).

La Vareniclina es un tratamiento nuevo desarrollado específicamente como tratamiento de cesación tabáquica y aprobada por las agencias internacionales FDA, EMEA el año 2006, comercializada en Europa y España desde el año 2007.

Se trata de un agonista parcial selectivo de los Rc nACh que actúa a dos niveles distintos:

- AGONISTA PARCIAL: *Reduce los 'cravings' y el síndrome de abstinencia.*
- ANTAGONISTA PARCIAL: *Bloquea el receptor, desplaza la nicotina y disminuye tanto la urgencia de fumar como a satisfacción del fumador cuando lo hace.*

De hecho se considera que el subtipo alfa-4 beta-2 intervendría en las sensaciones y propiedades de refuerzo y gratificación de la nicotina ya que modularía la secreción de dopamina en el *núcleo acumbens.*

La vareniclina es estructuralmente muy similar al alcaloide de una planta, la citisina, utilizada y comercializada ya desde centenares de años atrás para dejar de fumar en los países del centro y este de Europa, y en el sudeste asiático.

La Vareniclina tiene una SEMIVIDA DE 24H. La concentración máxima se da entre las tres y cuatro horas después de la ingesta y por las características farmacocinéticas no presenta interacciones relevantes con otros fármacos.

Estudios publicados recientemente a partir de ensayos clínicos de fase II muestran resultados significativamente superiores en relación con el placebo [OR: 2,82 (2,06-3,86)] i el bupropión [OR: 1,56 (1,19-2,06)] en términos de abstinencia a largo plazo (12 meses).

MECANISMO DE ACCIÓN DE LA VARENICLINA

La eficacia de la Vareniclina en el tratamiento del tabaquismo se basa en la actividad como AGONISTA PARCIAL sobre los Rc nicotínicos nACh alfa-4 beta-2:

- AGONISTA PARCIAL: *Estimula el receptor, reduce los 'cravings' y evita el síndrome de abstinencia.*
- ANTAGONISTA PARCIAL: *Bloquea el receptor, desplaza la nicotina y disminuye tanto la urgencia de fumar como a satisfacción del fumador cuando lo hace.*

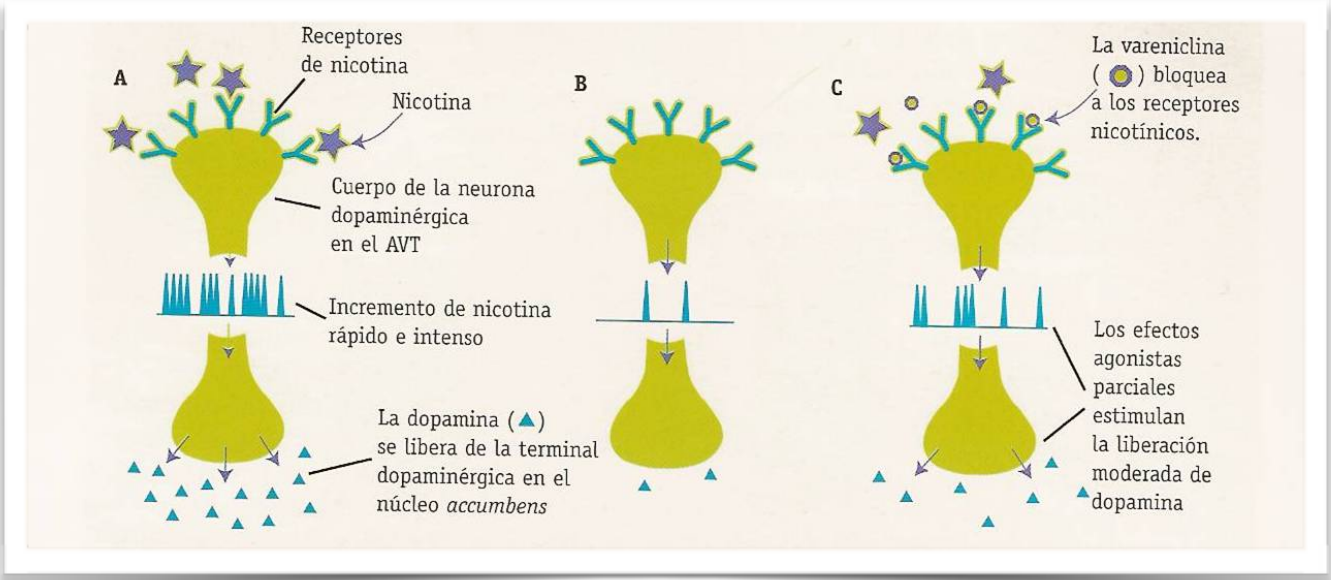


FIGURA A: La nicotina se une al receptor y en cuestión de 7 a 10 segundos se libera dopamina. El fumador experimenta placer y desaparece el síndrome de abstinencia.

FIGURA B: Entre cigarrillos, con la caída de los niveles de dopamina, los receptores pasan a un estado 'abierto' provocando hiperexcitabilidad y conduciendo a los *"CRAVINGS".*

FIGURA C: La vareniclina bloquea a los receptores nicotínicos y gracias al efecto agonista parcial estimula la liberación de dopamina a cantidades suficientes como para evitar el síndrome de abstinencia; además, por la acción antagonista, compite con la nicotina e impide que ésta se una al receptor por lo que el fumador no experimentará placer alguno en el caso de fumar un cigarrillo.

FARMACOCINÉTICA DE LA VARENICLINA

- Edad de vida media ~ 24 horas.
- La concentración máxima (Cmax) se alcanza entre las 3 - 4 horas de su administración.
- Biodisponibilidad no afectada por la ingesta.
- El 92% del fármaco se excreta de forma inalterada vía renal.
- No inhibe las enzimas del citocromo P450.
- No es necesaria la modificación de dosis en pacientes con afectación hepática.
- Sin interacciones significativas con otros fármacos.
- Hay que ajustar la dosis en insuficiencia renal severa (pero no abandonar).
- No es necesario ajustar las dosis en pacientes de edad avanzada.

INDICACIONES Y DOSIS

La vareniclina se presenta en forma de comprimidos orales, recubiertos por una película protectora, y contienen de 0,5 mg a 1 mg de tartrato de vareniclina. La dosis y posología dependerá de cuando haya iniciado el tratamiento. Inicio: 0,5 - 1 mg vareniclina y
Mantenimiento: 1 mg de vareniclina.

DÍAS	POSOLOGÍA
1 a 3 días (1a semana)	0,5 mg/mañana
4 a 7 días (1a semana)	0,5 mg/mañana + 0,5 mg/noche
Semanas 2 a 12	1 mg/mañana + 1 mg/noche

El tratamiento empieza una semana antes del día fijado para dejar de fumar. Durante los 3 primeros días la pauta es de 0,5 mg/día (1 comprimido/día) después del desayuno. Todavía durante la primera semana, los días 4 a 7 el fumador seguirá una pauta de 0,5 mg, esta vez repartidos en dos tomas (después del desayuno y después de la cena).

A partir de la segunda semana y hasta el final del tratamiento (12 semanas) es cuando el paciente estará en la dosis de tratamiento: 1 mg dos veces al día (después del desayuno y después de la cena).

El día para dejar de fumar es el DÍA 8 DE TRATAMIENTO que coincide con el primer día de tratamiento a dosis plenas (1 mg/toma e veces al día). No es necesario reducir el número de cigarrillos la semana anterior, aunque posiblemente gracias a la actividad de agonista parcial el paciente va a reducir el número de cigarrillos fumados o bien no terminará de fumarlos.

La DURACIÓN DEL TRATAMIENTO es de 12 SEMANAS tiempo necesario para que al abandonar el tratamiento el fumador no experimente ningún síntoma de abstinencia. Los receptores se habrán desensibilizado a la nicotina.

El tratamiento puede alargarse hasta un máximo de 12 semanas más (un total de 24 semanas) si se considera oportuno a fin de evitar las recaídas. Como en el resto de terapias de cesación tabáquica, se considera que las probabilidades de éxito son mucho más elevadas si el tratamiento farmacológico se orienta a personas que están motivadas para dejar de fumar y se acompaña de soporte y consejos adicionales de profesionales de la salud.

PRECAUCIONES

Se recomienda tomar los comprimidos después del desayuno y después de la cena (no justo antes de acostarse) para evitar el efecto secundarios más frecuentes: las náuseas (en un 30% de los pacientes con dosis de 1 mg/dos veces al día), sobretodo en ayunas, generalmente de intensidad leve o moderada. Otros efectos secundarios menos frecuentes a dosis de 1mg/comprimido (2 veces/día) son el insomnio (18%), vómitos (5%), estreñimiento (8%), flatulencias (6%), y trastornos del sueño o *sueños vividos* (13%). No hay contraindicaciones

formales pero se recomiendan dosis reducidas (1mg/día) en pacientes con insuficiencia renal (la metabolización de la vareniclina es a nivel renal).

Hay que tener especial cuidado con los pacientes con enfermedad cardiovascular. Éstos, aún no estando contraindicada la toma de vareniclina, deberán informar a su médico de cualquier síntoma cardiovascular nuevo o de su empeoramiento.

Debe tratarse con precaución a los pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica estando contraindicado en pacientes con enfermedad psiquiátrica tipo psicótica (esquizofrenia, manía, trastorno bipolar, etc.). El resto de pacientes deberán ser advertidos consecuentemente e informar a su médico de cualquier signo nuevo quien valorará de cerca el seguimiento y suspenderá el tratamiento si es necesario.

VARENICLINA NO DEBE UTILIZARSE DURANTE EL EMBARAZO cuya contraindicación es absoluta. En el caso de la lactancia, solo deberá tomarse, bajo criterio médico, si el riesgo para el lactante es superior al beneficio, tanto para la madre como para el lactante.

Los efectos adversos más frecuentes son las náuseas, dolor de cabeza, insomnio y sueños anormales. Si éstos se presentan, podrá modificarse la dosis y el momento de la toma, y en ningún caso será motivo de abandono del tratamiento. Por ejemplo, en aquellas personas que tengan náuseas muy fuertes se puede reducir la dosis a la mitad utilizando eventualmente la dosis de 0,5 mg, ya sea en todas las tomas o bien solo después del desayuno cuando la ingesta es menor. Eso sí, siempre después de la ingesta y nunca partir el comprimido ya que la película protectora gástrica justo evita que aparezca este efecto secundario. Finalmente, si aún así persisten las náuseas en la toma del desayuno valorar tomar esta después de la comida del mediodía dada que la biodisponibilidad de la vareniclina no está afectada por la ingesta.

CAPÍTULO 5. NIVELES DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO

La mayoría de personas que fuman refieren que les gustaría dejar de fumar y 6 de cada diez lo han intentado alguna vez. Sin embargo, anualmente, solo lo consiguen con éxito de un 3 al 5%. Esta baja tasa de logros de cesación se atribuye al hecho que la mayoría de intentos de realizan sin ayuda basándose en lo que popularmente se llama "fuerza de voluntad".

Desde los años 50 se ha investigado sobre la eficacia de distintos tratamientos para aumentar la probabilidad que una persona consiga dejar de fumar. Así pues, actualmente existen tratamientos efectivos que aumentan las probabilidades de éxito, de modo que sabemos del cierto que alguien que intenta dejar el tabaco tiene más posibilidades de conseguirlo si recibe una intervención específica que haya estado contrastada.

En este marco, en nuestro país existen distintos niveles de intervención en tabaquismo que han mostrado ser eficaces. Cada tipo de intervención tiene sus peculiaridades pero todas ellas son complementarias a fin de dar una respuesta asistencial adaptada a las necesidades de cada fumador.

Se distinguen 6 tipos de intervención en tabaquismo:

- INTERVENCIÓN COMUNITARIA: Se ha demostrado que los programas comunitarios de gran abasto pueden tener un efecto positivo en la toma de decisiones relacionadas con la salud, incluido el consumo de tabaco. Los programas comunitarios comprenden múltiples estrategias de intervención, sobretodo en forma de mensajes en medios de comunicación y la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, al lado de la facilitación de recursos, generalmente de autoayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia.

- INTERVENCIÓN MÍNIMA (CONSEJO BREVE): **El consejo breve para el abandono del tabaco a la persona fumadora dentro de la atención sanitaria rutinaria es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo.** Se trata de una recomendación breve y oportunista por parte de un profesional sanitario. Es importante que se realice de una forma sistemática formando parte de la rutina diaria asistencial y que sea coherente con todos los mensajes que los pacientes reciben por parte de los distintos profesionales sanitarios. Intervención común y estándar para todos los fumadores. El efecto del consejo breve comparado con al no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia. Además, cuanto más intensa es la intervención, más grande es la eficacia conseguida. Así, si al consejo breve se le añade un seguimiento pautado, es decir, se cita al paciente para una o más visitas de seguimiento y refuerzo, las tasas de abstinencia conseguidas se pueden incrementar de forma significativa. **Todos los profesionales de la salud deberían conocer y poder aplicar el consejo mínimo, independientemente del nivel asistencial en el cual desarrollan su trabajo.**

- INTERVENCIÓN INTENSIVA: Se distingue de la intervención mínima en el tiempo que se dedica a ayudar a los fumadores a dejar de fumar y por el seguimiento más intenso que se hace con estos. Tal y como sucede en la intervención mínima, se ha descrito

una fuerte relación dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención y los resultados obtenidos. Este tipo de intervención debe incluir: **estrategias conductuales y cognitivas** (desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas, entre otros); **tratamiento farmacológico** y asegurar un **soporte social** adecuado dentro y fuera de las sesiones terapéuticas.

- INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA (TRATAMIENTO ESPECIALIZADO): Combinación de tratamiento psicológico y farmacológico dirigido a grupos de alto riesgo y a personas que han fracasado previamente con intervenciones menos intensivas y su condición sanitaria hace prioritaria que deje de fumar a corto plazo. Se incluyen en este grupo de fumadores: 1. personas en disonancia con otra dependencia al tabaco y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia; 2. personas con serios problemas de salud relacionados con el tabaco; 3. embarazadas o en período de lactancia; y 4. pacientes con patología psiquiátrica. Este enfoque presenta una elevada eficacia (30-50% de abstinencia al año de seguimiento).

- MATERIAL DE AUTOAYUDA: La distribución de materiales de autoayuda contribuye a promover el abandono del tabaquismo con tasas superiores a las logradas sin ningún tipo de intervención, aunque el efecto es significativamente menor. Por ahora no existe evidencia que proporcionen un beneficio adicional a otras intervenciones.

- TELEASISTENCIA Y TICS: Bajo este concepto se incluyen intervenciones que se realizan a través del teléfono e internet. Pueden ser perfectamente complementarias a intervenciones presenciales o bien sustituirlas por completo. Pueden contemplarse y resultar útiles en la planificación de un intento o bien en la prevención de recaídas. Las intervenciones a nivel de internet (TICs) pueden ser de distinto formato. Por ejemplo, adoptar formas de comunidades virtuales y redes sociales que utilicen como formato de comunicación listas de correos electrónicos, foros de discusión, chats, páginas web o blogs. También existen programas profesionalizados que incluyen tratamientos a distancia y contacto con profesionales del tabaquismo. La población joven es la principal usuaria de este tipo de intervenciones.

INTERVENCIÓN BREVE (CONSEJO BREVE):

Recomendación breve y oportunista por parte de un profesional sanitario. Intervención clínica más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo que debería incluirse dentro de la asistencia sanitaria rutinaria, independientemente de la especialidad médica. Intervención que deberían contemplar los PROFESIONALES SANITARIOS DE LA MEDICINA ESTÉTICA

CAPÍTULO 6: ORGANIZACIÓN DE UNA CONSULTA

El primer paso a fin de hacer una intervención en tabaquismo basada en la evidencia pasa por hacer un buen diagnóstico de la persona fumadora. La identificación de la persona fumadora es condición *sine qua non* para tal propósito. Debe conocerse cual es su predisposición para dejar de fumar, pues ayudará a personalizar la actuación del profesional sanitario y también su discurso, porque no es lo mismo tratar con una persona que se está planteando abandonar el cigarrillo en un futuro próximo que delante de una persona que muestra un interés mínimo o nulo. Del mismo modo, la ayuda que podemos ofrecer será también en función de los niveles de dependencia.

Como se ha tratado en el capítulo anterior, atendiendo a un contexto de consulta de medicina estética (no especializada en tratamiento del tabaquismo) la intervención que se recomienda llevar a cabo es la INTERVENCIÓN MÍNIMA o CONSEJO BREVE.

Se trata de aprovechar cualquier ocasión para preguntar acerca de la adicción al tabaquismo y en el caso que el paciente muestre interés en abandonar este hábito, dar el soporte necesario y ayudarle desde la misma consulta. Si son hábiles, solo bastan de 5 a 10 minutos dentro de la misma consulta de medicina estética. El fumador no tiene una patología complicada que tenga un diagnóstico complicado ni requiera grandes recursos y estrategias de abordaje y tratamiento. Con empatía del profesional, predisposición del paciente y un seguimiento adecuado, se puede enriquecer la calidad de la intervención en tabaquismo dentro de la medicina estética.

PRIMERA VISITA

INTERVENCIÓN BREVE: 5 - 10 minutos

ENTREVISTA (AP de interés): Preguntar
- Patología psiquiátrica: esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis activas
- Patología cardiovascular (últimos 3 meses) y trastornos del ritmo cardíaco

HISTORIA TABÁQUICA (datos mínimos):
- Número de cigarrillos/día
- Número de intentos previos
- Último intento y tiempo máximo de abstinencia
- Uso fármacos (tratamiento tabaquismo)
- Motivación (Prochaska i DiClemente)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Medición CO (coxímetro)
- Evaluación de la dependencia (Fagërstrom)

CITAR: 2 semanas

VISITAS SUCESIVAS (válido en todas)

INTERVENCIÓN BREVE: 5 - 10 minutos

ENTREVISTA (datos mínimos): Preguntar
- Abstinencia
- Adherencia al tratamiento
- Efectos secundarios
- Síndrome de abstinencia
- Cravings
- Momentos críticos

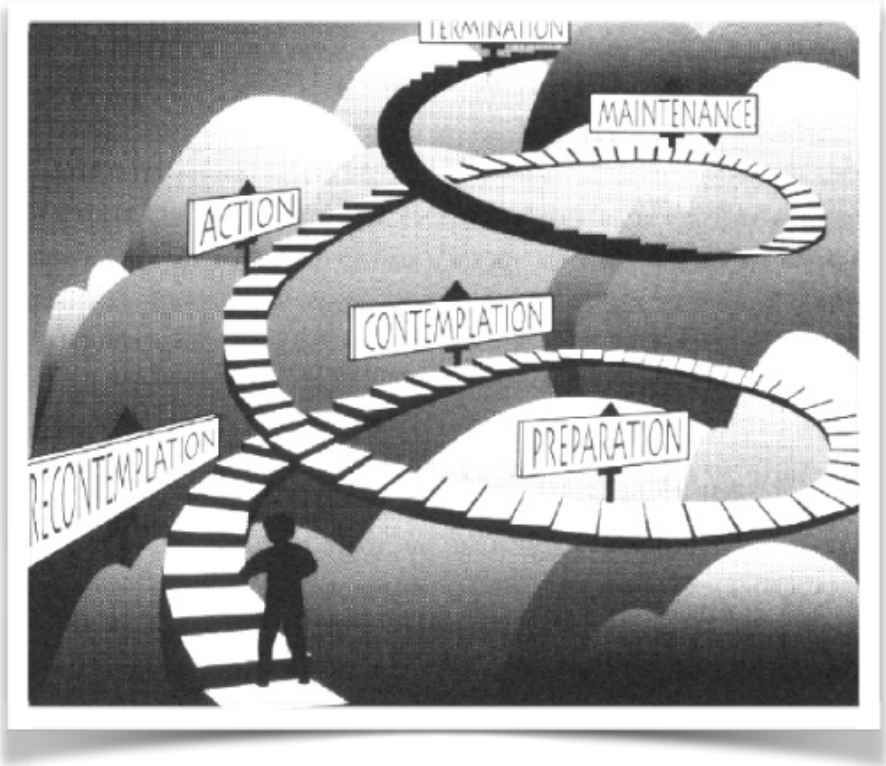
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Medición CO (coxímetro)

CITAR (cronograma desde primera visita):
- 2 semanas
- 4 semanas (primer mes de tratamiento)
- 8 semanas (segundo mes de tratamiento)
- 12 semanas (FIN de tratamiento)
- 36 semanas (sexto mes desde inicio)
- 52 semanas (1 año - FIN de seguimiento)

MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

El Modelo Transteórico del Cambio de James Prochaska y Carlo DiClemente ha tenido un profundo impacto en la promoción de la Salud, convirtiéndose en uno de los recursos conceptuales más importantes y populares en este campo.

El modelo se ha utilizado para adaptar las intervenciones a los sujetos según la etapa del cambio que se encuentren. Parte del principio que las personas siguen una secuencia fija que incluye aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Cada uno de nosotros nos encontramos en una fase respecto al cambio de conducta (por ejemplo, dejar de fumar, practicar actividad física, abandonar el alcohol, etc.). Estas fases son las siguientes:



- FASE DE PRECONTEMPLACIÓN: Se caracteriza en que la conducta, por ejemplo fumar, no se considera un problema. El paciente puede argumentar frases tipo: *"fumo porque me gusta"*. El paciente no se plantea modificar su conducta adictiva y cuando aparecen a la consulta es por otro motivo lejos del tabaquismo o bien por presión de otros.
- FASE DE CONTEMPLACIÓN: El paciente empieza a considerar la conducta (fumar) como un posible problema. Es un período en el que existe la ambivalencia o pensamiento disonante: considera y rechaza el cambio a la vez.
- FASE DE PREPARACIÓN: El paciente toma la decisión y se compromete a abandonar la conducta (fumar) en un futuro próximo y empieza a realizar pequeños cambios de conducta. Por ejemplo: busca recursos sanitarios, pregunta al farmacéutico, disminuye el número de cigarrillos al día, etc. Está empezando a planificar el intento.

- FASE DE ACCIÓN: Implica el cambio de conducta. El fumador deja de fumar y experimenta los primeros días sin tabaco.
- FASE DE MANTENIMIENTO: El individuo mantiene el cambio conseguido en la etapa anterior, trabaja para evitar la recaída y consolidar los cambios logrados en la fase de acción.
- FASE DE RECAÍDA: El fumador que ha estado un período de tiempo abstinente puede volver a fumar.
- FASE DE CONSOLIDACIÓN: El fumador consigue abandonar por fin el tabaco y consolidarse como ex-fumador.

Una manera fácil de evaluar la predisposición para dejar de fumar es preguntar si el fumador está dispuesto a dejar de fumar en un futuro próximo. Se trata de 4 preguntas que darán una información aproximada de la intención del cambio que podrá contrastarse con el discurso del paciente:

1. **Durante el último año, he dejado de fumar al menos 24 horas:** NINGUNA VEZ / UNA O MÁS VECES
2. **Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo en los próximos 30 días:** SÍ / NO
3. **Actualmente fumo, pero la intención es dejarlo en los próximos 6 meses:** SÍ / NO
4. **Actualmente fumo, y NO tengo la intención de dejarlo en los próximos 60 días:** SÍ / NO

PRECONTEMPLACIÓN: Respuesta afirmativa a la pregunta 4

CONTEMPLACIÓN: Respuesta afirmativa a la pregunta 3

PREPARACIÓN: Respuestas afirmativas a las preguntas 2 y a la 1 (una o más veces)

EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA: TEST DE FAGERSTRÖM

El instrumento que más se utiliza para evaluar la dependencia a la nicotina es el Test de Fagerström. Se trata de un test de 6 preguntas. Cada pregunta tiene una puntuación y la suma de las puntuaciones nos indicará el grado de dependencia, de 0 a 10. A mayor puntuación, más dependencia. Algunos autores prefieren clasificar la puntuación de global en cuatro grupos: de 0 a 4 se considera dependencia baja; 5 a 6 se considera dependencia media; de 7 a 8 dependencia moderada; y de 9 a 10 dependencia alta.

A raíz de unos estudios psicométricos del Test de Fagerström, se observó que la puntuación global de este instrumento se correlacionaba en gran medida con la puntuación de dos ítems del mismo test. Estas dos preguntas reciben el nombre de Índice de Heatherton o Heavy Smoking Index, y a menudo se utilizan en contextos en los que no se dispone de tiempo para aplicar el test de forma global. Así pues, esta versión corta (preguntas 1 y 2) consiste en las dos preguntas más significativas del Test de Fagerström. Puntuaciones de 0 a 2 se considera dependencia baja; entre 3 a 4 dependencia moderada; y de 5 a 6 dependencia alta.

TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
   < 10 cigarrillos (0 puntos)
   11-20 cigarrillos (1 punto)
   20-30 cigarrillos (2 puntos)
   31 o más cigarrillos (3 puntos)
2. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que enciende el primer cigarrillo?
   Menos de 5 minutos (3 puntos)
   De 6 a 30 minutos (2 puntos)
   De 31 a 60 minutos (1 punto)
   Más de 60 minutos (0 puntos)
3. ¿Fuma más a primera hora de la mañana?
   Sí (1 punto)
   No (0 puntos)
4. ¿Tiene dificultad para mantenerse abstinente en lugares donde está prohibido?
   Sí (1 punto)
   No (0 puntos)
5. ¿Fuma cuando está enfermo?
   Sí (1 punto)
   No (0 puntos)
6. ¿Qué cigarrillo le satisface más?
   Sí (1 punto)
   No (0 puntos)

La entrevista motivacional (EM) o sus variantes son ampliamente utilizados para ayudar a las personas a dejar de fumar. Se trata de una técnica de orientación que explora y resuelve las dudas acerca de cómo cambiar el comportamiento. No es un enfoque agresivo y ni de confrontación, trata de dirigir a la gente hacia la elección de cambiar su comportamiento y fomentar la confianza en sí mismo.

La EM debería explorar la ambivalencia, la decisión, el equilibrio, la motivación y la confianza para dejar de fumar, provocando el "cambio de conversación" y apoyar la autoeficacia. Puede tener un formato individual o bien sesiones de grupo, ambas eficaces.

Si bien el efecto general la eficacia de la EM en comparación con el asesoramiento breve es modesto ciertos aspectos parecen para mejorar su eficacia. Cuando la EM la realiza un médico especialista, se obtiene un mayor beneficio que cuando la realizan otros profesionales sanitarios como personal de enfermería. También aporta mayor beneficio si la realiza el mismo médico especialista que la visita ya que la empatía es un aspecto importante a tener en cuenta al estar familiarizados con el paciente.

La cuestión de la cantidad y la intensidad de contacto con el terapeuta presenta un panorama un tanto contradictoria. Aún así se recomienda que las sesiones tengan una duración mínima de 20 minutos y que se haga en múltiples sesiones, más eficaz que intervenciones breves y sesiones únicas. Dada la duración de ésta, forma parte de la INTERVENCIÓN INTENSIVA que incluye: **estrategias conductuales y cognitivas** (desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas, entre otros) y **tratamiento farmacológico.**

¿CÓMO O QUÉ PROVOCA EL CAMBIO?

- OFRECER CONSEJO: Hay que diferenciar entre un mero consejo y un consejo estructurado con un objetivo claro. Por ejemplo, no es lo mismo decir “utilice el chicle de nicotina a demanda”, que “coja los chicles de nicotina que necesite pero no más de 6 al día”.

- ELIMINAR OBSTÁCULOS: Por ejemplo, reducir los obstáculos de acceso a la consulta especializada (disminuir las listas de espera); evitar frases como “dejar de fumar es muy difícil”; cuidar los límites, sobretodo el tratamiento psicológico, etc.
- PLANTEAR ALTERNATIVAS: Aumentar las sensación de libertad con diferentes opciones, valorar alternativas eficaces y reales, etc.
- DISMINUIR EL DESEO: Aumentar la conciencia de lo malo que es el cigarrillo dando información adicional al mensaje que de da en la consulta médica, reducir las contingencias sociales, aumentar la necesidad de cambio, etc.
- PRACTICAR LA EMPATÍA
- OFRECER UN FEEDBACK: Insistir en la necesidad de visitas de seguimiento para aclarar cualquier duda que se le plantee al paciente en la fase de cambio a fin de evitar las recaídas.
- CREAR DISCREPANCIA Y TRABAJAR LA DISONANCIA COGNITIVA: Tomar conciencia de las cosas es importante. La disonancia cognitiva del fumador se manifiesta en mensajes del propio fumador como “No es tan malo. La nicotina provoca cáncer pero de algo hay que morir. El tratamiento es solo para adictos y yo seré capaz de dejarlo cuando quiera”.
- EVITAR LA DISCUSIÓN: Son contraproducentes. Defender un argumento provoca defensividad. Hay que tomar la resistencia como señal que hay que cambiar la estrategia utilizando. Es claro cuando el fumador ofrece como razonamiento los siguientes mensajes: “La contaminación es peor que fumar” y “si es tan malo, por que no lo prohíben”
- DAR UN GIRO A LA RESISTENCIA: No imponiendo, cambiando las percepciones. Porque la resistencia del paciente es un problema del terapeuta (acción no adecuada en la fase del cambio).
- FOMENTAR LA EFICACIA: La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, y el paciente es el responsable de su cambio.

- Cambios estéticos que produce el tabaco: envejecimiento cutáneo prematuro, arrugas, deshidratación de la piel, sequedad del cabello, estrías, manchas amarillentas en los dientes y dedos, psoriasis, acné, calvicie y adiposidad localizada.
- El paciente, no solo debería ser advertido de las lesiones cutáneas sino aprovechar la ocasión para advertirle que muchas de ellas son causa de morbimortalidad, la mayoría irreversibles a corto y largo plazo.
- El primer órgano que se beneficia del abandono del tabaco es la piel. Al dejar de fumar es el primer órgano que muestra los síntomas de recuperación tras eliminar el tabaco del cuerpo. La piel se desintoxica sola y al cabo de poco tiempo recupera su esplendor.
- Los radicales libres, además de reducir hasta un 50% la capacidad antioxidante de la sangre, centran su acción nociva de modo especial sobre las células de la piel.
- Fumar durante 10 años seguidos acelera hasta 2 años y medio el desgaste de la piel.
- Fumar produce vasoconstricción y existe una disminución del 42% de la microcirculación sanguínea.
- El monóxido de carbono (1-3% del cigarrillo) al unirse a la hemoglobina desplaza al oxígeno y da lugar a carboxiHb que disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos lo que da lugar a un déficit de vitamina A.
- El déficit de los niveles de vitamina A produce cambios en la calidad y cantidad del colágeno y elastina, atrofia dérmica, disminución de los fibroblastos y acortamiento de los capilares.
- La cara del fumador presenta las siguientes características: arrugas muy marcadas, aspecto demacrado facial con prominencia de los huesos, apariencia grisácea de la piel y complexión pletórica rojo púrpura; características presentes en el 16% de los fumadores y en el 8% de los exfumadores.
- La eficacia de la vareniclina en el tratamiento del tabaquismo se basa en la actividad como agonista parcial sobre los Rc nicotínicos nACh alfa-4 beta-2. Por su actividad agonista estimula el receptor, reduce los 'cravings' y evita el síndrome de abstinencia; y por su actividad antagonista, bloquea el receptor, desplaza la nicotina y disminuye tanto la urgencia de fumar como a satisfacción del fumador cuando lo hace.
- La vareniclina es un tratamiento seguro y eficaz. La biodisponibilidad no está alterada por los alimentos y tiene una vida media de 24 horas. Los efectos indeseados más frecuentes son las náuseas y el insomnio. Sin embargo, un buen manejo de éstos, no son motivo de abandono del tratamiento.
- La duración del tratamiento es de 12 semanas y el día para dejar de fumar es el día 8 desde el inicio del tratamiento.
- El formato de consulta intervención mínima o consejo breve es el recomendado para abordar el tabaquismo en las consultas no especializadas en tabaquismo. Con una bue-

na planificación, si existe empatía por parte del profesional y el paciente está motivado, el éxito está asegurado.

- Considerar la intervención mínima o consejo breve en tabaquismo, como una oportunidad para fidelizar a los pacientes como valor añadido en la mejora de los resultados que le ha llevado a la consulta.

- Finalmente, desde un punto de vista multidisciplinar, considerar la intervención mínima o consejo breve en tabaquismo como una oportunidad para crear un servicio integral al fumador en el que intervengan otras disciplinas impartidas por los profesionales de la Sociedad Española de Medicina Estética.

- Michnovicz JJ, Hershcopf RJ, Nayanuma H, Bradlow HL, Fishman J. Increased 2-hydroxylation of estradiol as a possible mechanism for the anti-estrogenic effect of cigarette smoking. N Engl J Med 1986; 315: 1305-9.
- Sanjuaán FJ. Prevención y tratamiento del tabaquismo en la mujer. Prevención del tabaquismo 2001; 3(3):181-2.
- Rampoldi R, Querejeta M, Larreborges A. Efectos del tabaco sobre la piel. Act Terap Dermatol 2005;28:32-9.
- Sarobè M, Ribera M. Efectos del consumo de tabaco sobre la piel. Piel 2000;5(4).
- Monfrecola G. The acute effect of smoking on cutaneus microcirculation blood flow in habitual smokers and non smokers. Dermatology 1998;197(2):115-8.
- Kadunce D. Cigarette smoking, risk factor for premature facial wrinkling. Ann Intern Med 1991;114:840-4.
- Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo 2008.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Quick reference guide for clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services, April 2009.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2.
- Barrueco Ferreo M, Hernández Mezquita M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo.
- Michnovicz JJ, Hershcopf RJ, Nayanuma H, Bradlow HL, Fishman J. Increased 2-hydroxilation of estradiol as a possible mechanism for the anti-estrogenic effect of cigarette smoking. N Engl J Med 1986;315:1305-9.
- Clin Dermatol 2010;28(4):384-90.
- Reus WF. Acute effects of tobacco smoking on blood flow in the cutaneous microcirculation. Br J Plastic Surg 1984;37(2):213-5.
- Edwards MS. The untold story of smoking and vascular disease. Wake Forest Baptist Health. Vascular and endovascular surgery. Last update: 2014.
- Gourgou S, Dedieu F, Sancho-Garnier H. Lower limb venous insufficiency and tobacco smoking: a case-control study. Am J Epidemiol 2002;155(11):1007-15.
- Rieben FW. Smoking behaviour and increase in nicotine and carboxyhaemoglobin in venous blood. Clin Investing 1992;70:335-42.