

## ORIGINAL

# Beneficios del abandono tabáquico

*Benefits of smoking cessation*

José Alberto Tobarra Sánchez<sup>1</sup>, Pedro J. Tárrega López<sup>2</sup> , M<sup>a</sup> Loreto Tárrega Marcos<sup>3</sup> ,  
María Gordito Soler<sup>4</sup> , Sheila García Agudo<sup>5</sup> , José Ignacio Ramírez Manent<sup>6</sup> 

1. Grado de Medicina UCLM

2. Profesor Grado de Medicina UCLM

3. Master del Adolescente Facultad Derecho UCLM

4. Farmacéutica. Sevilla

5. Gerencia asistencial Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud

6. Atención Primaria Mallorca

**Corresponding author**

Pedro J. Tárrega López

E-mail: pedrojuan.tarraga@uclm.es

**Received:** 14 - IV - 2024

**Accepted:** 13 - V - 2024

**doi:** 10.3306/AJHS.2024.39.05.83

## Resumen

**Introducción:** El tabaco es la principal causa de morbimortalidad evitable en el mundo, pero las tasas de cese tabáquico siguen siendo demasiado pobres. Existen medidas de prevención y promoción de la salud, como las 5A y las 5R, que están reduciendo el acceso a los posibles nuevos fumadores. Sin embargo, debemos evitar que los ya establecidos continúen con su mal hábito, empleando y aconsejando terapias de apoyo, combinando farmacoterapia y psicología.

**Material y método:** Análisis bibliográfico, incluyendo artículos entre 2015 y la actualidad, y cuyo tema principal sea el cese tabáquico o el tabaco y su relación con distintas patologías.

**Resultados:** Los beneficios del abandono tabáquico se dan en múltiples patologías: previene primeros y segundos episodios de infarto de miocardio y cerebral, mejora la salud cardiovascular; reduce el riesgo y la severidad de patologías respiratorias; disminuye el riesgo de contraer la gran mayoría de cánceres; mejora el curso de enfermedades gastrointestinales y reduce el riesgo de pancreatitis o hígado graso no alcohólico; existe beneficio en esclerosis múltiple y ELA; y es útil en patologías psiquiátricas y/o anímicas. Cabe mencionar que todos los beneficios están supeditados a la cantidad de tabaco consumido previamente, y al tiempo de abstinencia conseguido por el paciente.

**Conclusiones:** El cese tabáquico tiene numerosos beneficios para casi todas las enfermedades en las que el tabaco interviene en su etiopatogenia. Es vital promocionarlo en todo contacto sanitario con el paciente, y seguir estudiando medidas que aumenten las tasas de éxito del cese tabáquico.

**Palabras clave:** Cesación Tabaquismo, beneficios respiratorios, beneficios digestivos, beneficios globales.

## Abstract

**Introduction:** Tobacco is the leading cause of preventable morbidity and mortality worldwide, yet smoking cessation rates remain inadequate. Prevention and health promotion measures, such as the "5A" and "5R" approaches, are reducing access to potential new smokers. However, it is crucial to prevent established smokers from continuing their harmful habit by employing and advising supportive therapies that combine pharmacotherapy and psychology.

**Materials and Methods:** The study consists of a literature review encompassing articles published between 2015 and the present, focusing on smoking cessation or the relationship between tobacco and various diseases.

**Results:** The benefits of quitting smoking are evident across multiple diseases: it prevents first and second episodes of myocardial and cerebral infarction, improves cardiovascular health, reduces the risk and severity of respiratory diseases, lowers the risk of most types of cancer, improves the course of gastrointestinal diseases, and reduces the risk of pancreatitis or non-alcoholic fatty liver disease. Additionally, there are benefits in conditions such as multiple sclerosis and amyotrophic lateral sclerosis (ALS), and it is beneficial in psychiatric and/or emotional disorders. It is important to note that all these benefits depend on the amount of tobacco previously consumed and the duration of abstinence achieved by the patient.

**Conclusions:** Smoking cessation has numerous benefits for almost all diseases in which tobacco plays a role in their etiology. It is essential to promote smoking cessation in every healthcare encounter with the patient and to continue researching measures that increase success rates in quitting smoking.

**Key words:** Smoking cessation, respiratory benefits, digestive benefits, overall benefits.

**Cite as:** Tobarra Sánchez JA, Tárrega López PJ, Tárrega Marcos M<sup>a</sup>L, Gordito Soler M, García Agudo S, Ramírez Manent JI. Beneficios del abandono tabáquico. *Academic Journal of Health Sciences* 2024;39 (5): 83-100 doi: 10.3306/AJHS.2024.39.05.83

## Introducción

El tabaquismo es la adicción al consumo de tabaco, en cualquiera de sus formas de consumo. Actualmente, el tabaquismo se asemeja a lo que podría ser una pandemia, de carácter mundial y constante, que constituye una de las mayores amenazas para la salud pública por todo el globo. Entre las más de 8 millones de muertes por año atribuibles a tabaco, 7 millones son por consumo directo, y el resto en no fumadores expuestos a humos ajenos y sus consecuencias. Por mínimo que sea no hay un consumo saludable.

La forma más extendida de consumo son los cigarrillos, pero también se emplean la pipa de agua, los puros, el de mascar, de liar e incluso los más recientes vapores. Se estima que el número de fumadores diarios alcanza los 1300 millones. Tampoco debemos olvidar el tremendo gasto económico que esta droga supone: las enfermedades derivadas de su consumo y los costos de los fármacos para dejarlo, pero también la morbimortalidad que causa<sup>1</sup>.

Es muy difícil cuantificar la repercusión y el daño real del tabaco, si no personalizamos el nivel de consumo de cada paciente. Para ello, empleamos el índice paquetes-año, un parámetro que intenta estimar la cantidad total consumida de un fumador a lo largo de su vida. De esta forma, podemos integrar en una fórmula cuantitativa a todos los fumadores:

$$\text{N}^\circ \text{ Paquetes/año} = \text{N}^\circ \text{ Cigarrillos al día} * \text{N}^\circ \text{ años fumando} / 20$$

La sencillez y utilidad de esta fórmula son los motivos por lo que debería ser empleada a todos los pacientes fumadores que acudan a cualquier consulta, tanto de Atención Primaria como especializada. El tiempo empleado es ínfimo y permite conocer el nivel de consumidor que tenemos delante, lo que es útil para el manejo del cese tabáquico y para la inclusión en estudios de investigación.

Actualmente en el mundo existen más de mil millones de fumadores, causando el tabaco más de 8 millones de muertes al año. Las causas principales son el cáncer, la cardiopatía isquémica y la EPOC. En Europa, el 27% de los cánceres son atribuidos al tabaco<sup>2-8</sup>.

El informe EDADES realizado en España cada dos años, mediante encuestas a población entre 15 y 65 años, acerca de drogas y conductas adictivas muestra al comparar el del año 2022<sup>9</sup> con el de 2020, existe un ligero repunte, ya que los fumadores totales de diario han subido del 32,3% al 33,1%. Este cambio puede ser el reflejo de lo que ocurrió el año de la pandemia, en el que hubo un descenso de un 2%, probablemente motivado por ella.

Cabe destacar que 1 de cada 4 personas se declara exfumadora, lo que da una pista clara del cambio de visión reciente hacia el tabaco.

En los españoles, la edad de inicio habitual es de 16,5 años. El hábito diario suele iniciarse a los 18 años. En cuanto a la edad, los jóvenes fuman un 4% menos, frente al grupo de mayores de 34 años. En cuanto al género, el patrón es el habitual: el hombre fuma con más frecuencia, con un 42,2% que ha consumido tabaco en los últimos 30 días (la cifra de "a diario" no se contabiliza), frente a un 32,3% de mujeres.

Entre todos estos números y porcentajes, uno sintetiza la importancia de frenar el tabaquismo: el tabaco es la primera causa de muerte prematura evitable. Por ello, erradicarlo de la población es, y será siempre, un reto para la salud de nuestra sociedad.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) está estrechamente relacionada con el tabaco, ya que más del 75% de enfermos fuman o han sido fumadores, siendo la primera causa de muerte por tabaco<sup>10</sup>.

El consumo de tabaco también aumenta las probabilidades de sufrir eventos coronarios o cardiovasculares, pues a nivel coronario el tabaco exige más gasto cardíaco, pero reduciendo el flujo que lo garantiza; y a nivel vascular, favorece la inflamación, el vasoespasmo y la coagulación. El riesgo relativo de sufrir un infarto de miocardio por consumo de tabaco es entre 4 y 5 veces mayor al de una persona no fumadora, pero esto varía con la edad (a edades más jóvenes, el riesgo atribuible al tabaco es mayor) y el nivel de consumo<sup>11</sup>.

Otra patología grave relacionadas con el tabaco son los accidentes cerebrovasculares (ACV). El tabaco causa una reducción del flujo cerebral, inhibiendo la síntesis de NO mediante la producción de radicales libres. La nicotina también aumenta la síntesis de Beta-Amiloide, lo que puede influir en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer<sup>12</sup>. Hasta una cuarta parte de todos los accidentes cerebrovasculares son directamente atribuibles al consumo de tabaco, aumentando el riesgo de ACV entre tres y cuatro veces<sup>13,14</sup>.

Además de las patologías ya mencionadas, y para evitar extendernos en amplitud, el tabaco también produce alteraciones a nivel digestivo (ERGE y E. de Crohn), dermatológico (retraso en la cicatrización de heridas, psoriasis), reumatológico (osteoporosis), mental (depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar), renal (Enfermedad Renal Crónica), sexual (disfunción eréctil y dificultades en el embarazo), etc.

En España, con la entrada de la Ley 3/2014, se aprobaron una serie de reformas para reducir el

hábito tabáquico: se prohibió fumar en centros de la Administración Pública, en la totalidad del recinto de centros sanitarios y docentes (salvo en espacios al aire libre de centros universitarios y formativos para adultos), parques infantiles y transportes públicos. También se reguló el ámbito de la publicidad. El número de fumadores se redujo gracias a estas medidas hasta un posterior estancamiento, en 2020, que propició que el Gobierno Español comenzara a financiar tratamientos para dejar de fumar<sup>15-21</sup>.

Las ventajas de la cesación tabáquica no solo son la disminución de los riesgos de contraer enfermedades, también se producen cambios clínicos y analíticos beneficiosos. Sin embargo, solo aparecen cuando los síntomas de abstinencia y estrés se controlan, y no siempre. Además, dependen del nivel de consumo previo.

También existen otro tipo de mejoras en salud mental, salud bucal, piel más sana e hidratada, mayor energía y resistencia, etc. no mencionadas en la tabla.

## Objetivos

- El objetivo principal es un análisis bibliográfico que analiza las ventajas para la salud que tiene el cese del hábito tabáquico.
- Objetivos secundarios: conocer la importancia real del cese tabáquico en el curso de algunas enfermedades relacionadas con el tabaquismo; cuantificar las mejoras en cuanto a síntomas o supervivencia libre de enfermedad; y conocer las medidas más efectivas para la cesación.

## Material y métodos

Se trata de hacer una revisión bibliográfica sobre los estudios más relevantes y recientes acerca de la cesación tabáquica y su importancia para el control de distintas enfermedades. La revisión se hace desde septiembre de 2023 hasta abril de 2024.

Las fuentes de información empleadas para la elaboración han sido las bases de datos Web of Science y PubMed. La búsqueda de información se ha realizado con las siguientes palabras claves: "smoking", "smoking cessation", "cardiovascular risk", "coronary disease", "metabolic syndrome", "chronic obstructive pulmonary disease", "respiratory pathology", "cancer risk", "digestive pathology", "stroke", "multiple sclerosis", "amyotrophic lateral sclerosis", "depression", "schizophrenia".

- Para la elaboración de la introducción y el marco actual, se han empleado artículos, revistas y páginas web sin una fecha límite de inclusión, pero siempre del año 2005 en adelante.

Para la elaboración de los resultados, el límite a partir del que se han incluido los estudios ha sido el 31 de diciembre de 2014, hasta la actualidad (30 de abril de 2024), siendo todos los artículos de acceso abierto en la plataforma Web of Science, escritos en español o en inglés.

- Se excluyeron: artículos que no están disponibles en acceso abierto, no relacionados con el tema del abandono tabáquico y artículos anteriores a los límites establecidos.
- Artículos encontrados (n=643); incluidos (n=113), excluidos por fechas límite (n=416), excluidos por título (n=115); total definitivo (n=113).

## Resultados

### Beneficio Cardiovascular

El cese del tabaquismo produce reducción de riesgo cardiovascular (RCV). En prevención primaria, dejar de fumar durante 15 años tiene una reducción significativa del riesgo, el cual se asemeja al de nunca-fumadores a los 30 años del cese<sup>22</sup>. Si hablamos de prevención secundaria para pacientes con un infarto previo, podemos constatar que existe una reducción del 39% en la mortalidad por enfermedad cardiovascular y del 43% de sufrir otros eventos mayores cardiovasculares (engloba re-infarto de miocardio y ACV), en pacientes que dejaron de fumar durante 10 años, frente a los que continuaron fumando. De cada tres pacientes que dejan de fumar tras sufrir un infarto, uno evitará un segundo episodio. La reducción del riesgo existe y es significativa, pero este estudio discute la dificultad de cuantificarla con exactitud, pues interfieren múltiples factores de confusión<sup>23</sup>.

Otro metaanálisis de 2015<sup>24</sup>, con estudios de Europa y América, cifró diferencias claras entre fumadores y exfumadores. Mientras el riesgo de mortalidad cardiovascular y de Síndrome Coronario Agudo (SCA) en fumadores era del doble, en exfumadores se reducían ambas cifras a 1,15 y 1,09<sup>25</sup>, respectivamente. El dato más claro lo supone la esperanza de vida: fumadores (que han sufrido ya un SCA) viven 5,5 años menos de media, frente a solo los 2,16 menos para los exfumadores. Es decir, no fumar tabaco durante al menos 10 años aumenta más de 3 años la supervivencia (y si es solo durante 5 años, el beneficio sería "solo" de 1,3 años de vida media). Hay que puntualizar que estos beneficios son dependientes del consumo previo<sup>24-25</sup>.

Además, debemos hablar de los diferentes niveles de consumo, medidos por el Índice Paquetes-Año. En grandes fumadores (>20 P-A), el cese del tabaco tiene beneficios rápidos, pero requieren más tiempo para reducir el riesgo cardiovascular a la normalidad (después de 15 años). Cuando han sido fumadores de <20 P-A, el riesgo se corregía a la normalidad en los primeros 10 años<sup>26</sup>.

Existe el “tópico” de que dejar de fumar “engorda” y si bien esto puede ser cierto, y el peso puede aumentar hasta 4-5 kilos en el primer año<sup>27</sup>, no aumentan ni el RCV<sup>28</sup> ni los otros criterios de síndrome metabólico<sup>29</sup> y de hecho, al tercer mes del cese tabáquico, el LDL comienza a reducirse<sup>27</sup> y el HDL a aumentar<sup>30</sup>. Solo se necesita un mes para que el nivel de triglicéridos también caiga, aunque esa reducción no se sostiene a largo plazo<sup>31,32</sup>. No debemos olvidar en pacientes con enfermedad coronaria, añadir al cese tabáquico una dieta baja en calorías y la realización de ejercicio físico.

### Enfermedad Tromboembólica

Un estudio europeo realizó un seguimiento de 9 meses en pacientes que habían sufrido un tromboembolismo. Incluyeron al tabaco en el análisis, encontrando una

tasa de recurrencia mayor en fumadores, una tasa de sangrado similar y, sobre todo, una mortalidad mayor en los que continuaron fumando<sup>33</sup>.

Encontrar que pacientes son más o menos susceptibles al cese tabáquico, nos permite redirigir los esfuerzos de forma más eficaz. Para ello, se han estudiado factores de riesgo y de protección para el mismo acto de dejar de fumar<sup>34</sup>. Los que más potencian el cese son la rehabilitación cardíaca, estar casado o en pareja, intentos previos de dejar de fumar, la diabetes y el tiempo de hospitalización. Los que más lo dificultan son la depresión, la EPOC, el desempleo y el haber tenido varios episodios coronarios o accidentes cerebrovasculares previos (es más difícil cesar el hábito después de un segundo episodio que tras un primero).

Tabla I: Tabla sobre patologías cardiovasculares.

Autor	Título	Tipo	Resultados
Aune A et al. (2018)	Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies	Metaanálisis	- Dejar de fumar durante 15 años reduce el riesgo de sufrir un infarto de miocardio. - A los 30 años de abstinencia, el riesgo es similar al de una persona que nunca haya fumado.
Wu AD et al. (2022)	Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease	Revisión Sistemática	- Dejar de fumar al momento del diagnóstico reduce un tercio la probabilidad de un segundo evento cardiovascular.
Mons U et al. (2015)	Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium	Metaanálisis	- Una abstinencia tabáquica de 5 años reduce la mortalidad cardiovascular en 1,3 años. - Con una abstinencia de 10 años, la “ganancia” de supervivencia se vuelve de 5,5 años de media. - Con 20 años de abstinencia, el riesgo de sufrir un SCA prácticamente se iguala al de un “nunca-fumador”.
Pan A et al. (2015)	Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis and Systematic Review	Revisión Sistemática	- Dejar de fumar reduce el riesgo de mortalidad total y cardiovascular: siendo 1,55 y 1,49 en fumadores, a 1,19 y 1,15 en exfumadores de al menos 10 años. - Existe fuerte recomendación para aconsejar el cese tabáquico en diabéticos.
Duncan MS et al. (2019)	Association of Smoking Cessation With Subsequent Risk of Cardiovascular Disease	Estudio de Cohortes	- Pacientes muy fumadores (>20 P-A) reducen su RCV a los 5 años del cese tabáquico, pero a largo plazo lo siguen teniendo aumentado.
Iida M et al. (2016)	Weight Gain After Smoking Cessation and Atherosclerotic Low-Density Lipoprotein Marker	Revisión Bibliográfica	- Dejar de fumar produce un aumento de peso de 4-5kg, de media, al año de abstinencia; sobre todo en los primeros 3 meses.
Cho JH et al. (2020)	Protective effect of smoking cessation on subsequent myocardial infarction and ischemic stroke independent of weight gain: A nationwide cohort study	Estudio de Cohortes	- El abandono tabáquico tiene un efecto protector en cuanto a Riesgo Cardiovascular independientemente de la ganancia de peso que provoca, en todos los casos.
Solak I et al. (2018)	The effects of short-term smoking cessation on metabolic syndrome parameters	Ensayo Clínico Aleatorizado	- A pesar de la ganancia de peso, el resto de los criterios de síndrome metabólico no empeoraron a los 3 meses de abstinencia. La glucemia, la presión arterial y los triglicéridos se mantuvieron similares y los niveles de HDL aumentaron.
Chen HY et al. (2019)	The effects of cigarette smoking and smoking cessation on high-density lipoprotein functions: implications for coronary artery disease	Ensayo Clínico Aleatorizado	- El cese tabáquico, de al menos 3 meses, es una medida efectiva para aumentar la capacidad antioxidante y quimiotáctica, además de los niveles, de las lipoproteínas HDL.
Van der Plas A et al. (2023)	Meta-analysis of the effects of smoking and smoking cessation on triglyceride levels	Metaanálisis	- Los niveles de Triglicéridos disminuyen un mes después del cese tabáquico, pero esa reducción no fue significativa a los 2,3 y 12 meses.
Gallucci G et al. (2020)	Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation	Revisión Sistemática	- La cesación tabáquica a una edad temprana (40 años) reduce el exceso de riesgo de muerte cardiovascular.
Giorgi-Pierfranceschi M et al. (2022)	Prognostic Impact of Active Cigarette Smoking on Mortality in Patients with Acute Venous Thromboembolic Events, Findings from Real World Data	Estudio de Cohortes	- En pacientes no fumadores (incluye nunca-fumadores y pacientes que han dejado de fumar) el riesgo de recurrencia y de muerte por TVP es menor.
Lovatt S et al. (2021)	Smoking cessation after acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis	Metaanálisis	- La rehabilitación cardíaca, el apoyo familiar, la diabetes y la duración del ingreso se asocian a una mayor eficacia en la cesación tabáquica. - La EPOC, la depresión y haber sufrido un ACV, en cambio, se asocian a tasas de éxito menores.

## Beneficio respiratorio

El tabaco se asocia a multitud de enfermedades respiratorias: EPOC, ASMA, un estudio reciente comprobó que los enfermos de asma suelen tener más éxito dejando de fumar, pero que los que padecen rinitis alérgica y tos crónica tienden más a recaer, así como los pacientes jóvenes. La mayoría de las recaídas ocurrieron en los 3 primeros años de abstinencia<sup>35</sup>. Para los pacientes con tos crónica, se constató una mejora de la sensibilidad tusígena a las 2 semanas, lo que conlleva una mejora en la dinámica respiratoria y en la prevención de infecciones respiratorias<sup>36</sup>.

Una de las enfermedades más frecuentes en el aparato respiratorio es la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), cuya principal causa es el tabaco y cuyo principal tratamiento es el cese de su consumo. El tabaco causa 9 de cada 10 muertes relacionadas con la EPOC. Dejar de fumar no cura la EPOC, pero si frena su progresión y reduce las exacerbaciones provocadas por ella<sup>37,38</sup>.

Respecto a las exacerbaciones típicas del EPOC, dejar de fumar a largo plazo (>5 años) resulta en un cúmulo de mejoras muy significativo: disnea y tos más leves (empleando la escala mMRC, un 35% más de los exfumadores estuvieron en el rango más bajo de severidad), un índice de oxigenación mejor, presión parcial de CO<sub>2</sub> en sangre más baja (73,7 frente a 61,5 mmHg), menor hipertensión pulmonar y mejoría en los indicadores de restricción al flujo en espirometría (aumento de FEV1% del 17% y de FEV1 de 0,5L). Todas estas ventajas conllevan a su vez menos necesidad de fármacos (se acorta un día la pauta antibiótica y se ahorra un 28% la necesidad de dosis en glucocorticoides) y de oxigenoterapia. La ventaja más sorprendente es la reducción de la necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), en fumadores de 6,8 días, pero en exfumadores es de solo 2 días. Por último, el menor número de exacerbaciones (2,7 por año en fumadores contra 1,9 en exfumadores de largo plazo)<sup>39,40</sup>.

Consumir tabaco se ha asociado clásicamente a sufrir asma; a su vez, dejar de hacerlo trae mejoras en el control de la patología. El abandono tabáquico reduce síntomas, exacerbaciones, hiperreactividad bronquial, necesidad de rescates y de corticoides, y mejora la calidad de vida y la función pulmonar, en asmáticos<sup>40,41</sup>. En un estudio comparativo entre fumadores, exfumadores y nunca-fumadores, la mitad de los fumadores tuvieron más de 2 exacerbaciones por año frente a solo el 16% de los exfumadores y al 11% de los nunca fumadores. El número de exacerbaciones se redujo a la mitad tras dejar de fumar<sup>42,43</sup>.

La tasa de mortalidad por cualquier tipo de neumonía aumenta con el tabaco. Un metaanálisis realizado en Japón constató que dejar de fumar disminuía la mortalidad por neumonía: entre 1-10 años, la reducía

un 10%; entre 10-15 años, un 30%; y por encima de los 15, un 37% menos. Las personas que nunca han consumido tabaco tienen un 50% menos de fallecer a causa de una neumonía. El tiempo de hospitalización por neumonía también se reduce dejando el tabaco, pero siempre y cuando no se asocie EPOC y la abstinencia sea mayor de 10 años<sup>44</sup>. En cuanto a la frecuencia de contraer neumonía, el riesgo disminuye a razón del tiempo de abstinencia, volviéndose similar al de un nunca-fumador a los 15-20 años<sup>45</sup>.

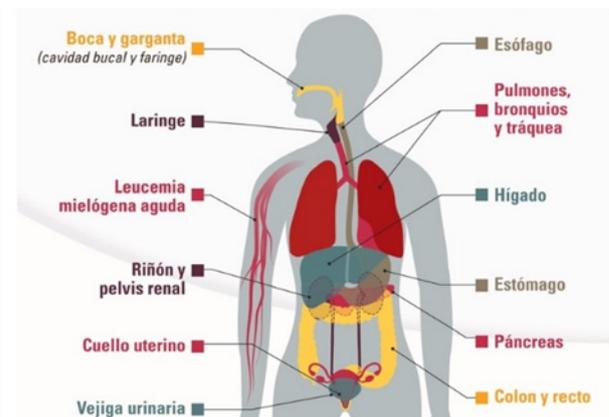
En la neumonía por COVID-19, un abandono tabáquico de 4 semanas o más reduce el riesgo de contraer COVID-19 y desarrollar complicaciones graves<sup>46-48</sup>.

Como se ha constatado, el tabaco es el principal factor de riesgo de muchos cánceres. A esta definición, podemos añadir otras no tan evidentes, como que el tabaquismo aumenta de 2-3 veces la mortalidad por cáncer y hasta 10 veces las complicaciones graves a causa de éste. Los pacientes recién diagnosticados con cáncer que dejan de fumar alrededor del momento del diagnóstico tienen una mayor supervivencia global(49), una mayor supervivencia libre de enfermedad y tasas de efectos secundarios del tratamiento similares a las de los no fumadores. Todo esto obliga a incluir la cesación tabáquica como parte del tratamiento efectivo, y a incidir en éste de forma activa.

En comparación con los fumadores continuos, los que dejaron de fumar por completo tuvieron un menor riesgo de cáncer para todos los sitios, sobre todo en pulmón. Durante los primeros 10 años después de dejar de fumar, los exfumadores tienen un riesgo de cáncer en cualquier localización ligeramente superior a los fumadores. Sin embargo, a partir de ahí la reducción de riesgo es en picado: alcanzando un 50% menos después de 15 años o más. El riesgo de cáncer de pulmón disminuyó más y antes (3 años) que el de otros tipos. Acabar con el consumo antes de los 50 años se asoció con una mayor reducción de riesgo, en comparación con dejarlo después de los 50 años<sup>50,51</sup>.

Figura 1: Localizaciones dónde el consumo de tabaco aumenta el riesgo de cáncer<sup>6</sup>.

### EL CONSUMO DE TABACO CAUSA CÁNCER EN TODO EL CUERPO



**Tabla II:** Resumen de patologías respiratorias.

Autor	Título	Tipo	Resultados
Finocchio E et al. (2021)	Effects of Respiratory Disorders on Smoking Cessation and Re-Initiation in an Italian Cohort Study	Estudio de Cohortes	- El asma en fumadores se asocia con una mayor probabilidad de dejar de fumar. - La rinitis alérgica y la tos crónica se asocian negativamente al cese tabáquico.
Rogliani P et al. (2022)	Prescribing the right therapy for the treatment of chronic cough: a critical focus on current and investigational options	Revisión Bibliográfica	- Aunque la sensibilidad a la tos aumenta las 2 primeras semanas, dejar de fumar mejora la tos crónica, especialmente en casos de EPOC.
Wei X et al. (2022)	Effects of different interventions on smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease patients: A systematic review and network meta-analysis	Metaanálisis	- La estrategia combinada de farmacoterapia más terapia conductual es la más efectiva para conseguir el cese tabáquico en pacientes EPOC. - La suma de Bupropión y Terapia Cognitiva-Conductual es lo más efectivo.
Guo K et al. (2022)	Varenicline and related interventions on smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis	Metaanálisis	- Dentro de las monoterapias para dejar de fumar, la Vareniclina es la más efectiva. La combinación de Vareniclina + Bupropión es también efectiva.
Li X et al. (2022)	An observational study of the effects of smoking cessation earlier on the clinical characteristics and course of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease	Estudio de Cohortes	- En EPOC, el abandono tabáquico trae mejoras en: disnea, tos, oxigenación, hipertensión pulmonar, restricción al flujo y retención de CO <sub>2</sub> . - También hay menor necesidad de dosis en el tratamiento, de VMNI y menor número de exacerbaciones por año.
Liu Y et al. (2022)	Smoking cessation among US adult smokers with and without COPD, 2018	Estudio Transversal	- Los pacientes con EPOC tienen menos éxito dejando de fumar que los sin EPOC.
Udner M et al. (2020)	Smoking cessation in asthmatic patients and its impact	Revisión Sistemática	- Detener el tabaco en asmáticos reduce: síntomas, exacerbaciones, hiperreactividad bronquial, urgencias por asma, dosis de corticoides inhalados. - Además, mejora el control del asma, la calidad de vida y la función respiratoria.
Riesco JA et al. (2023)	Frequency and characteristics of asthma in smokers attending smoking cessation units in Spain	Estudio Transversal	- En España, los fumadores con asma presentaron baja eficacia para dejar de fumar. - Los fumadores asmáticos sufren de media más exacerbaciones, con síntomas más severos y mayor necesidad de tratamiento inhalado.
Tiotu A et al. (2021)	The Impact of Tobacco Smoking on Adult Asthma Outcomes	Estudio Transversal	- Dejar de fumar reduce a la mitad las exacerbaciones en asmáticos, además de ayudar en el control de su enfermedad.
Kihara T et al. (2022)	The association of smoking cessation with mortality from pneumonia among middle-aged and elderly community residents: The Japan Collaborative Cohort (JACC) study	Estudio de Cohortes	- Dejar de fumar reduce tanto la mortalidad por neumonía como el tiempo de hospitalización, con una asociación proporcional al tiempo desde la cesación.
McGeoch LJ et al. (2023)	Cigarette smoking and risk of severe infectious respiratory diseases in UK adults: 12-year follow-up of UK biobank	Estudio de Cohortes	- Dejar de fumar reduce la frecuencia de contraer neumonía, con una asociación proporcional al tiempo desde el cese, siendo similar al riesgo de un "nunca-fumador" con 20 años de abstinencia.
Mungia R et al. (2020)	Smoking, Vaping, and the Benefits Cessation in Times of COVID-19: A Public Health Perspective	Revisión Bibliográfica	- Una remisión del hábito tabáquico de 4 semanas reduce el riesgo de contraer COVID-19 y desarrollar complicaciones derivadas.
Baker J et al. (2022)	The Impact of Tobacco Use on COVID-19 Outcomes: A Systematic Review	Revisión Sistemática	- El tabaco se asocia a una forma más agresiva de la infección por COVID-19, con mayor mortalidad y severidad.
Jiménez-Ruiz CA et al. (2020)	Preguntas y respuestas relacionadas con tabaquismo en pacientes con EPID. Aplicación de metodología con formato PICO	Revisión Sistemática	- El tabaquismo es un factor de riesgo y progresión de EPID. - Existe evidencia moderada para asociar el tabaco con un aumento de la mortalidad; y baja para demostrar el efecto beneficioso de la cesación tabáquica.

Para los pacientes ya diagnosticados de cáncer de pulmón, el cese tabáquico se asocia a mayor supervivencia en todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón<sup>51</sup>, con un incremento de 9 meses de media en los que dejaron de fumar (20 frente a 29)<sup>52</sup>. Por lo tanto, es fundamental incluir la cesación tabáquica en el tratamiento estándar de estos pacientes, porque puede alargar más la vida que incluso algunos quimioterápicos. La forma más adecuada de hacerlo es combinando estrategias farmacológicas y no farmacológicas<sup>2</sup>.

Según un metaanálisis<sup>53</sup> que comparó distintos niveles de tabaquismo (elevado con >20 cigarrillos/día, moderado entre 10-20 y leve con <10), el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón disminuyó en los pacientes que bajan su nivel de consumo al 50%, o un escalón de los anteriormente descritos. Esto nos lleva a la idea de que, siendo siempre el cese absoluto lo idóneo, cualquier reducción del consumo puede ser positiva.

### **Cáncer de hígado y vía biliar**

Para el hepatocarcinoma, los individuos con 30 años de abstinencia de tabaco tienen un riesgo muy parecido al del grupo de nunca-fumadores. No es necesario alcanzar estos tiempos de abstinencia tan altos para tener beneficios; al contrario, a los 2 años de abstinencia el exceso de riesgo atribuible al tabaco se reduce casi a la mitad. A su vez, el nivel de consumo influye: haber consumido más de 17 P-A dobla el riesgo respecto a alguien que ha consumido menos de 7, para padecer hepatocarcinoma<sup>54</sup>. Dejar de fumar reduce la mortalidad tras cáncer de hígado un 25%, si la abstinencia dura más de 10 años<sup>55</sup>. En el hepatocarcinoma asociado a VHB, la probabilidad de recurrencia es inferior a la mitad en los casos que suspendieron su consumo en el primer año<sup>56</sup>.

Un estudio de cohortes<sup>57</sup> analizó la sinergia entre tabaco y diabetes para el riesgo de colangiocarcinoma; constatando que los que cesan el consumo, diabéticos o no, alcanzan unos niveles de riesgo similares a los nunca fumadores. Para el ampuloma, el tabaco se catalogó como factor de riesgo solo en sinergia con la diabetes.

En cuanto a otros cánceres de origen gastrointestinal, también existen beneficios: para el cáncer gástrico<sup>56</sup>, el cese tabáquico alrededor del momento del diagnóstico redujo un 26% la mortalidad en comparación con que continuaron fumando. Incluso, para los pacientes con cáncer gástrico que reciben una gastrectomía, dejar de fumar (y de beber) reduce los posibles síntomas de depresión<sup>58</sup>. Respecto al colorrectal, existe consenso en que detener el hábito aumenta la supervivencia específica de la enfermedad (sobre un 15%), pero hay controversia acerca de la supervivencia total de esos pacientes respecto a los fumadores, sobre todo en presencia de metástasis. Lo que es seguro es que dejar de fumar antes del diagnóstico reduce el riesgo de padecer cáncer en estas localizaciones<sup>56</sup>.

Estudiando el carcinoma escamoso de esófago<sup>59</sup>, el riesgo de padecerlo es de la mitad en el grupo de exfumadores frente al de fumadores. Esta reducción del exceso de riesgo se hace muy patente (al 62%) en apenas 5 años, y sigue bajando con el tiempo (hasta el 40%, a los 10 años). Respecto al adenocarcinoma, el cese tabáquico tiene un efecto menor, pero patente.

### **Cáncer de cabeza y cuello**

Respecto al cáncer de cabeza y cuello (cavidad oral, faringe, laringe, senos paranasales y glándulas salivales)<sup>60</sup>, comparando la supervivencia de exfumadores de 6, 9 y 12 meses contra la de fumadores, se estableció una mayor supervivencia para pacientes en estadios I y II que cesaron. No obstante, para los estadios III y IV, no existen diferencias significativas en la supervivencia (aunque sí una tendencia al alza) en ninguno de los 3 momentos estudiados.

### **Cáncer de vejiga**

El aparato urinario es otra de las dianas del tabaco para la producción de tumores malignos, siendo la más frecuente la vejiga. Mientras que los fumadores tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir cáncer de vejiga, los exfumadores solo de dos veces mayor<sup>61</sup>, disminuyéndose el riesgo un 40% en los primeros 4 años tras el cese tabáquico. Una vez diagnosticado, continuar con el consumo tabáquico solo acarrea problemas: mayor tasa de mortalidad, de infección, más complicaciones postoperatorias, e incrementa el riesgo de recurrencia de forma dosis-dependiente (a los 10 años del cese, el riesgo se reduce ampliamente)<sup>62</sup>. En la mortalidad es donde hay mayor controversia, ya que otros estudios no demostraron un aumento en la esperanza de vida<sup>63,64</sup>.

Respecto al **cáncer de próstata**, en cuya etiología no existe una clara evidencia de asociación con el tabaco, sí que aparecen beneficios tras el cese del tóxico, similares a los de la vejiga: menos complicaciones perioperatorias, riesgo de recurrencia similar al nunca-fumador tras más de 10 años sin consumo, y mortalidad similar también tras 20 años desde el cese tabáquico<sup>62</sup>.

Por último, respecto al impacto que tiene el diagnóstico de cáncer en el paciente: pacientes recientemente diagnosticados de cáncer tienen más probabilidades de éxito en la cesación tabáquica. La diferencia es del 67%, siendo la estrategia terapéutica combinada la que más aumenta la probabilidad. El verdadero problema en estos casos no es el fracasar intentando dejar de fumar, sino el mismo hecho de conseguir ese intento: muchos pacientes creen que es demasiado tarde para abandonar el tabaquismo. Esto, evidentemente, no es cierto, y hay que conseguir encontrar esa motivación<sup>2</sup>.

No debemos olvidar que, aunque la vía de entrada del tabaco sea el aparato respiratorio, el tóxico puede tener efectos en otros lugares, en el aparato digestivo (incluyendo hígado, vía biliar y páncreas) existen múltiples patologías cuyo riesgo aumenta para los fumadores, y podrían mejorar, al evitar su consumo.

Una de las enfermedades más prevalentes en la gastroenterología es la ERGE. Casi la mitad de los abstinentes experimentan mejoría en un año, frente al escueto 18% de los que continúan fumando. Mediante el cuestionario HR-QOL se midió la calidad de vida, que también presentó mejoras amplias para los exfumadores en términos como "salud general" o "salud mental"<sup>65</sup>.

En cuanto a las Úlceras pépticas, múltiples estudios señalan al tabaco como factor de riesgo, pero muy pocos se enfocan en la detención de su consumo. Apenas uno de 2022 cuantifica que el aumento de riesgo de úlcera por fumar tabaco, se reduce a la mitad en exfumadores en 6 años de evolución, pero sin alcanzar los niveles de nunca-fumadores<sup>66</sup>. En las úlceras como complicación tras cirugía bariátrica (Técnica Y de Roux), el riesgo se

**Tabla III:** Resumen sobre beneficios oncológicos.

Autor	Título	Tipo	Resultados
Tu H et al. (2022)	Smoking, smoking cessation, and survival after cancer diagnosis in 128,423 patients across cancer types	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los exfumadores tuvieron una mayor supervivencia (2,2 años más de media) que los fumadores, en pacientes oncológicos.</li> <li>- La tasa de mortalidad se redujo en los exfumadores para 18 de los 23 tipos de cáncer estudiados.</li> <li>- La reducción de la mortalidad es proporcional al tiempo desde el cese tabáquico.</li> </ul>
Park E et al. (2024)	Cancer Risk Following Smoking Cessation in Korea	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El riesgo de ser diagnosticado de cáncer tras 15 años de abstinencia tabáquica se reduce al 50%.</li> <li>- El riesgo para cáncer de pulmón disminuyó más y 3 años antes que para el resto de los tipos.</li> </ul>
Caini S et al. (2022)	Quitting Smoking At or Around Diagnosis Improves the Overall Survival of Lung Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis.	Metaanálisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejar de fumar tras ser diagnosticado de cáncer de pulmón, de cualquier histología, aumenta la esperanza de vida.</li> </ul>
Dobson Amato KA et al. (2015)	Tobacco Cessation May Improve Lung Cancer Patient Survival	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que comenzaron a dejar de fumar al diagnóstico de cáncer de pulmón, tuvieron una supervivencia total 9 meses mayor que los que continuaron fumando.</li> </ul>
Chang JT et al. (2021)	Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-analysis	Metaanálisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No solo el cese absoluto es beneficioso; la reducción (del 50% o de 5 cigarrillos menos al día) también reduce el riesgo de cáncer de pulmón.</li> </ul>
Petrick JL et al. (2018)	Tobacco, alcohol use and risk of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma: The Liver Cancer Pooling Project	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En apenas 2 años tras el cese tabáquico, el riesgo de cáncer de hígado se reduce significativamente, pero tarda hasta 30 años en igualarse al de un "nunca-fumador".</li> <li>- El riesgo depende del nivel previo de consumo.</li> </ul>
Marti-Aguado D et al. (2022)	Cigarette smoking and liver diseases	Revisión Bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejar de fumar 10 años reduce la mortalidad asociada a cáncer de hígado en un 25%</li> </ul>
Caini S et al. (2022)	The Prognostic Impact of Quitting Smoking at or around Diagnosis on the Survival of Patients with Gastrointestinal Cancers: A Systematic Literature	Revisión Sistemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para cáncer hepático asociado a VHB, dejar de fumar evita la mitad de las recurrencias.</li> <li>- Para colorrectal reduce la mortalidad un 15% (controversia si metástasis) y para gástrico un 25%.</li> <li>- La cesación tabáquica reduce el riesgo para los tres tipos de cáncer mencionados.</li> </ul>
Park JH et al. (2023)	Association between Smoking Cessation and the Risk of Cholangiocarcinoma and Ampulla of Vater Cancer: A Nationwide Cohort Study	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el colangiocarcinoma, abandonar el tabaco reduce el riesgo de contraerlo, tanto en diabéticos como en no diabéticos.</li> <li>- Para el ampuloma, el tabaco es un factor de riesgo solo en sinergia con la diabetes.</li> </ul>
Kim B et al. (2023)	Lower risk of depression after smoking cessation and alcohol abstinence in patients with gastric cancer who underwent gastrectomy: A population-based, nationwide cohort study	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha relacionado el consumo de tabaco, así como el abuso de alcohol y la inactividad física, con depresión en pacientes con cáncer gástrico, que se han realizado una gastrectomía.</li> </ul>
Wang QL et al. (2017)	Smoking Cessation and Risk of Esophageal Cancer by Histological Type: Systematic Review and Meta-analysis	Metaanálisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El riesgo de cáncer de esófago escamoso es la mitad en pacientes que dejan de fumar 5 años, y sigue reduciéndose posteriormente.</li> <li>- Para adenocarcinoma, la mejoría es inferior.</li> </ul>
Day AT et al. (2020)	Impact of a tobacco treatment program on abstinence and survival rates among current smokers with head and neck squamous cell carcinoma	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejar el tabaco (al menos 9 meses) aumenta la supervivencia para cánceres escamosos de cabeza y cuello, en estadios I y II.</li> <li>- Para los estadios III y IV, no existen diferencias significativas.</li> </ul>
Kwan ML et al. (2019)	Lifestyle and nutritional modifiable factors in the prevention and treatment of bladder cancer	Revisión Sistemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El riesgo de desarrollar cáncer de vejiga es un 40% menor manteniendo la abstinencia 4 años.</li> </ul>
Kumar R et al. (2023)	Impact of smoking on urologic cancers: a snapshot of current evidence	Revisión Bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para el cáncer de vejiga, dejar de fumar reduce complicaciones, infecciones, recurrencias, y mortalidad (aunque ésta última en discusión).</li> <li>- En los casos de próstata, las mejoras son en complicaciones perioperatorias, riesgo de recurrencia y menor mortalidad.</li> </ul>
Koshiaris C et al. (2017)	Smoking cessation and survival in lung, upper aero-digestive tract and bladder cancer: cohort study	Estudio de Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe evidencia de que dejar de fumar aumenta la supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón; sin embargo, para la vejiga, hay mucha controversia.</li> </ul>
Caini S et al. (2022)	Prognostic Impact of Post-Diagnosis Smoking Cessation among Bladder Cancer Patients: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis	Metaanálisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta evidencia para afirmar que, en cánceres de vejiga, el cese tabáquico reduzca significativamente la mortalidad y las recurrencias.</li> </ul>

duplica para cualquier nivel de consumo, pero cesar el hábito apenas reduce las probabilidades de úlcera<sup>67</sup>.

Respecto a la Enfermedad de Crohn (EC), el cese tabáquico reduce a la mitad los brotes de enfermedad (un 50% menos, durante 18 meses de seguimiento). Empleando el índice CDAI, que evalúa actividad de la enfermedad, se encontraron diferencias significativas entre fumadores y exfumadores al año del cese, pero sin igualarse a los nunca-fumadores<sup>68</sup>. Dejar de fumar reduce las necesidades de corticoides (un 10% menos)<sup>69</sup> y cirugía (las reintervenciones se reducen un 30%)<sup>70,71</sup> en enfermos de EC. Los inmunosupresores Infliximab y Adalimumab, aumentan su efectividad en pacientes que no consumen tabaco o lo dejan<sup>72</sup>. El riesgo de contraer EC en exfumadores es controvertido: estudios dicen que prácticamente se iguala a los nunca-fumadores, aunque otros dicen que permanece siempre algo más alto, sobre todo en mujeres. Existe también una reducción de la mortalidad total en enfermos de EC y CU que se volvían abstinentes al momento del diagnóstico<sup>73</sup>. Las manifestaciones extraintestinales son más frecuentes en fumadores, y si se cesa el hábito durante un año, el riesgo se iguala al de los nunca fumadores<sup>74</sup>.

Respecto a la Colitis Ulcerosa (CU), pese a que el tabaco ejerce un efecto protector, el cese tabáquico no parece empeorar la evolución de la CU, así que por todos los riesgos añadidos que conlleva, se debe recomendar también a estos pacientes el abandono del tóxico<sup>75,76</sup>.

Cabe destacar el estudio TABACROHN<sup>77</sup>, realizado en España en 2013, constató una reducción del 13% para las intervenciones quirúrgicas en abstinentes y una mejoría notable de los síntomas, además de ser uno de los pioneros en cuantificar las mejoras de los exfumadores.

Existen dos enfermedades funcionales del aparato digestivo asociadas al consumo de tabaco, como son la Dispepsia Funcional y el Síndrome de Intestino Irritable. Los fumadores presentan un riesgo de más del doble para la primera, consumiendo más de 20 cigarrillos diarios; para la segunda, el patrón de diarrea es dos veces más frecuente, pero no el de estreñimiento ni el mixto<sup>(78)</sup>. Para el SII, un 2/3 pacientes que dejaron el tabaco mejoraron sus síntomas<sup>79</sup>.

En lo referido al páncreas, el tabaco predispone a sufrir pancreatitis agudas y, sobre todo, empeora el curso de las crónicas<sup>80</sup>. Para la pancreatitis aguda, el riesgo de los exfumadores es de la mitad respecto al grupo de fumadores, y dentro de este grupo, el nivel de consumo también es un factor a tener en cuenta<sup>81</sup>. Para las pancreatitis crónicas, comparando fumadores y no fumadores, los índices de ansiedad y depresión y las dosis de terapia enzimática de reemplazo fueron superiores en los primeros, que tuvieron peor calidad de vida<sup>82</sup>. Sin embargo, faltan pacientes que dejen de fumar exitosamente tras el diagnóstico para ver las posibles mejoras<sup>83</sup>. Lo único en lo que ciertamente hay

consenso es que debe promoverse la cesación tabáquica desde el propio médico, al igual que con el alcohol.

Recientemente se ha comenzado a poner la asociación entre tabaco y las enfermedades hepáticas encima de la mesa. Respecto a la cirrosis, típicamente asociada al alcohol, dejar de fumar reduce un 25-30% la mortalidad a los 5 años. A su vez, el tabaco duplica la mortalidad y la necesidad de trasplante, para la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). Un estudio reciente ha concluido que el cese tabáquico hasta los 10 años no tiene un efecto significativo en la prevención de la EHGNA, pero sí lo hay a partir de entonces<sup>84</sup>. El tabaco también ocasiona dificultades en pacientes trasplantados, lo que provoca que en algunas listas de trasplante el tabaquismo sea una contraindicación o una penalización. Una abstinencia mayor a 2 meses conlleva una gran reducción del riesgo de complicaciones vasculares<sup>85</sup>.

### Accidentes Cerebrovasculares

En pacientes que han sufrido Accidentes Cerebrovasculares (ACV), ya sean ictus isquémicos, hemorrágicos o isquémicos transitorios (AIT), no se ha encontrado una terapia concreta para dejar de fumar superior al resto, aunque se prefiere la estrategia combinada con fármacos y psicoterapia. Sin embargo, sí que se constató que es más frecuente que cesen su consumo los que sobrevivieron ictus isquémicos, por encima de los otros dos grupos<sup>85</sup>.

El consumo tabáquico es el principal riesgo evitable para sufrir un ictus. Por tanto, dejar de fumar es la prevención más efectiva. Entre los 5-10 años del cese tabáquico, el riesgo de sufrir un ictus se iguala al de una persona que nunca haya fumado<sup>86</sup>. Dejar de fumar también evita complicaciones a posteriori, como el delirium<sup>87</sup>. Tres meses después del ACV, los exfumadores muestran una recuperación similar a los nunca-fumadores y mejor que los fumadores<sup>88</sup>. Por ello, la deshabituación tabáquica es beneficiosa para pacientes que han sufrido un ACV, aunque existe controversia en si debe ser temprana, por estar supuestamente asociada a una peor respuesta a la terapia de reperfusión<sup>89</sup>.

Recientemente, se ha descubierto la sinergia entre el gen APOL1 y el tabaco a la hora de causar ictus en pacientes afroamericanos. Pese a que faltan estudios que lo corroboren, esto podría orientar una gran cantidad de pacientes en los que recomendar encarecidamente la cesación tabáquica<sup>90</sup>.

### Hemorragia Subaracnoidea

La hemorragia subaracnoidea es una urgencia común en neurología, se ha demostrado previamente que el tabaco es un factor de riesgo de padecerla. Un estudio reciente ha comprobado que los individuos que dejaban de fumar durante más de 2 años reducían el riesgo a menos de la mitad del que tiene un fumador. Esa reducción sigue aumentando con el tiempo<sup>91</sup>.

**Tabla IV:** Tabla sobre patologías digestivas, pancreáticas y hepáticas.

Autor	Título	Tipo	Resultados
Kohata Y et al. (2016)	Long-Term Benefits of Smoking Cessation on Gastroesophageal Reflux Disease and Health-Related Quality of Life	Estudio de Cohortes	- La cesación del tabaquismo debería ser recomendada para pacientes con ERGE, puesto que mejora tanto los síntomas como la calidad de vida asociada.
Park SK et al. (2022)	Change in smoking status and its relation to the risk of gastroduodenal ulcer in Korean men	Estudio de Cohortes	- El contacto con tabaco se asocia a mayor riesgo de desarrollar úlcera péptica, así como el cese tabáquico reduce esa posibilidad.
Dittrich L et al. (2020)	Marginal ulcers after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: analysis of the amount of daily and lifetime smoking on postoperative risk	Estudio de Cohortes	- La úlcera péptica tras cirugía bariátrica (Y de Roux) es el doble de frecuente en fumadores, pero el abandono tabáquico apenas disminuye el riesgo (un 4%).
Underner M et al. (2016)	Smoking, smoking cessation and Crohn's disease	Revisión Sistemática	- Los brotes cayeron casi un 50% y, empleando el índice CDAI, hubo mejorías en la actividad de la enfermedad tras un solo año de cese.
Alexakis C et al. (2018)	Smoking Status at Diagnosis and Subsequent Smoking Cessation: Associations With Corticosteroid Use and Intestinal Resection in Crohn's Disease	Estudio de Cohortes	- El tabaco se asocia con un aumento de complicaciones, recurrencias, necesidad de cirugía y de tratamiento corticoideo e inmunosupresor, en Enfermedad de Crohn. - Tanto la necesidad de corticoides como la dependencia se ven reducidas en un 10% más de los fumadores que lo dejaron durante 2 años.
Bolckmans R et al. (2020)	Does Smoking Cessation Reduce Surgical Recurrence After Primary Ileocolic Resection for Crohn's Disease?	Estudio de Cohortes	- Se reduce casi un 30% la necesidad de reintervenciones tras dejar de fumar al momento de la Resección Ileocólica en pacientes con EC.
To N et al. (2016)	Systematic review with meta-analysis: the adverse effects of tobacco smoking on the natural history of Crohn's disease	Metaanálisis	- En comparación con los no fumadores, los fumadores tenían mayores probabilidades de experimentar un aumento en la actividad de la EC.
Lee S et al. (2021)	Smoking May Reduce the Effectiveness of Anti-TNF Therapies to Induce Clinical Response and Remission in Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis	Metaanálisis	- La habilidad de Adalimumab e Infliximab (anti-TNF) para remitir los síntomas de E. de Crohn se ve reducida si se consume tabaco. - El abandono tabáquico produce una respuesta más efectiva a estos fármacos.
Hua X et al. (2022)	Smoking Behaviour Changes After Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease and Risk of All-cause Mortality	Estudio de Cohortes	- Tanto para EC como para CU, el cese tabáquico al momento del diagnóstico reduce la mortalidad.
Severs M et al. (2016)	Smoking is Associated With Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease	Estudio transversal	- Las manifestaciones extraintestinales en estos pacientes son más frecuentes en fumadores; pero, la abstinencia de un año de duración puede igualar el riesgo al de un "nunca-fumador".
Blackwell J et al. (2019)	The impact of smoking and smoking cessation on disease outcomes in ulcerative colitis: a nationwide population-based study	Estudio de Cohortes	- El tabaco es un factor protector de Colitis Ulcerosa, pero el cese tabáquico no empeora la patología, por lo que también debe recomendarse.
Nunes T et al. (2012)	High smoking cessation rate in Crohn's disease patients after physician advice--the TABACROHN Study	Ensayo Clínico	- Las tasas de abandono del tabaco en pacientes con EC aumentan con apoyo psicológico, alcanzando un 31% de éxito. - El control sintomático mejoró en esos pacientes.
Talley NJ et al. (2021)	Role of smoking in functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: three random population-based studies	Metaanálisis	- El riesgo de contraer Dispepsia Funcional es del doble en pacientes que consumen >20 cigarrillos al día. - El patrón de diarrea en el Síndrome de Intestino Irritable es más frecuente en fumadores.
Başpınar MM et al. (2019)	Frequency and severity of irritable bowel syndrome in cigarette smokers, Turkey 2019	Estudio de Cohortes	- Para el SII, 2/3 de los pacientes que dejaron el tabaco mejoraron su clínica.
Han SY et al. (2022)	The deleterious effects of smoking on the development and progression of chronic pancreatitis	Revisión Bibliográfica	- El tabaquismo se relaciona con un mayor riesgo de contraer pancreatitis crónica, y de tener una evolución más agresiva. - El abandono tabáquico mejora el curso de la patología.
Lee JM et al. (2023)	The association between smoking, changes in smoking behavior, and acute pancreatitis: A population-based cohort study in Korea	Estudio de Cohortes	- El riesgo de padecer una pancreatitis aguda siendo exfumador es de la mitad respecto al de un fumador, teniendo en cuenta también el nivel de consumo.
Han S et al. (2018)	Quality of life comparison between smokers and non-smokers with chronic pancreatitis	Estudio Transversal	- Para las pancreatitis crónicas, los índices de ansiedad, depresión y necesidad de terapia enzimática de reemplazo fueron inferiores en los exfumadores, presentando mejor calidad de vida.
Han S et al. (2016)	Smoking Cessation in a Chronic Pancreatitis Population	Estudio de Cohortes	- Se debe promover el cese tabáquico en pacientes con pancreatitis crónica, pues la tasa de éxito en el abandono es excesivamente baja.
Jang YS et al. (2023)	Association between smoking cessation and non-alcoholic fatty liver disease using NAFLD liver fat score	Estudio Transversal	- Para cirrosis, dejar de fumar reduce un 25% la mortalidad a los 5 años desde la cesación. - Dejar de fumar 10 años disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad hepática grasa no alcohólica, además de reducir la mortalidad y la necesidad de trasplante por EHGN.

## Migraña

La migraña es una de las mayores causas de morbilidad en la población mundial. No se sabe con seguridad si el tabaco es un factor de riesgo de migraña, pero los últimos estudios señalan que los fumadores tienden a tener más episodios y síntomas. Sin embargo, los síntomas de la abstinencia (dolores de cabeza, sobre todo) más los propios de la migraña, prácticamente imposibilitan el abandono del tóxico para estos pacientes, necesitando estrategias combinadas y un control de la patología muy preciso<sup>92</sup>.

## Demencia y Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente, y dentro de su etiopatogenia, el tabaco parece tener un hueco, pudiendo causar hasta el 14% de los casos. Para todos los tipos de demencia, llevar 3-9 años sin fumar iguala el riesgo de desarrollar una al de una persona que nunca ha fumado<sup>93,94</sup>. Reducir el consumo a menos de la mitad también es beneficioso<sup>95</sup>. Se ha asociado el abandono del consumo de tabaco con una memoria episódica más preservada que en fumadores, la cual es una de las primeras afectaciones en Alzheimer<sup>96</sup>.

## Enfermedad de Parkinson

Típicamente se ha considerado al tabaco como un factor protector de la enfermedad de Parkinson. Esto parece estar mediado por los niveles altos de nicotina que presentan los fumadores. Existe cierta evidencia de que la cesación tabáquica puede empeorar el curso de la patología parkinsoniana en algunos casos<sup>97</sup>. Otros estudios no están de acuerdo con que el tabaco empeore los síntomas motores, y sí que lo han relacionado con un aumento del deterioro cognitivo<sup>98</sup>. Aun así, el cese podría estar recomendado para los casos con más comorbilidades, siendo necesario suplementar la nicotina.

## Esclerosis Múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica

Para la EM, el tabaco se ha asociado con una progresión mayor de la enfermedad, tanto clínica como radiológica, con más recaídas, más mortalidad, más deterioro cognitivo y menor efectividad en el tratamiento<sup>(98)</sup>. Empleando varios cuestionarios específicos para Esclerosis Múltiple, se evaluó si el cese tenía efectos beneficiosos: así fue, consiguiendo mejoras notorias en síntomas motores, deambulación, depresión y un avance más lento de la patología<sup>99</sup>.

Para la ELA, el tabaco aumenta el riesgo de contraerla y la mortalidad por ella<sup>99</sup>. Se ha encontrado evidencia de que tras 10 años de cese tabáquico existe una disminución del riesgo de sufrir ELA<sup>100</sup>, pero faltan estudios que valoren el cese tabáquico al momento del diagnóstico.

## Beneficio en salud mental

En términos de trastornos psiquiátricos, bien es sabida la asociación del tabaco a conceptos como depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc. La relación parece bidireccional en algunos casos: pacientes fumadores ven su riesgo de sufrir una patología mental aumentado, mientras que los ya diagnosticados tienden a ser fumadores con mayor frecuencia.

Para la depresión, tanto ser fumador como la cantidad de tabaco consumida se asocia a un mayor riesgo de depresión. A su vez, cuanto mayor es el tiempo desde el cese de tabaco, mayor es la reducción de ese riesgo<sup>101</sup>. En una revisión de más de 100 estudios de la revista Cochrane, se consolidó que la detención del consumo es beneficiosa para los síntomas depresivos y ansiosos<sup>102,103</sup>.

En otro sentido, para los pacientes con depresión detener el hábito tabáquico es una tarea ardua. Un estudio comparó los intentos entre personas con y sin depresión, siendo casi el doble de difícil para los enfermos conseguir una abstinencia de 1 año. Sin embargo, los que lo lograron, obtuvieron beneficios de cara a su enfermedad: 2 de cada 3 pacientes graves y 4 de cada 5 moderados redujeron su depresión al nivel leve/mínimo en un año de abstinencia, aunque obviamente no podemos achacar toda la mejoría al tabaco<sup>104</sup>.

Para los casos con ansiedad ocurre una secuencia similar que en depresión. La ansiedad es una barrera para conseguir la cesación tabáquica, pero suele mejorar si se logra<sup>103,105</sup>.

Al igual que con la depresión, el cese tabáquico en el paciente esquizofrénico es muy difícil. Además, la asociación con el tabaco para la esquizofrenia es aún mayor<sup>106,107</sup>. Sin embargo, en un estudio de este mismo año se ha concluido que mediante seguimiento verdaderamente estrecho (recurriendo a videoconferencias), se pueden conseguir tasas de abandono tabáquico del 50%, en un grupo de 70 pacientes, durante 6 meses. Además del seguimiento, los pacientes han recibido parches de nicotina<sup>108</sup>.

Una reducción del consumo tabáquico de al menos 3 años reduce la necesidad de antipsicóticos. También conllevó mejoras en la clínica, aunque a largo plazo<sup>109</sup>, y disminuyeron los ingresos en no fumadores<sup>110</sup>. Tanto la vareniclina, como el bupropión y el reemplazo con nicotina son técnicas seguras en estos pacientes, aunque son más efectivas junto a psicoterapia<sup>111,112</sup>.

Se ha constatado que dejar de fumar alarga la esperanza de vida, independientemente de la edad, la raza o el género. A su vez, la población que dejó de fumar antes de los 45 años vio reducido su "exceso de mortalidad" (mortalidad asociada al tabaquismo) en un 90%; mientras que el cese del consumo en el grupo de 45-65 años, supuso una reducción del 66%, de media<sup>113</sup>.

**Tabla V:** Tabla-resumen sobre patologías neurológicas.

Autor	Título	Tipo	Resultados
Parikh NS et al. (2023)	Smoking-Cessation Pharmacotherapy After Stroke and Transient Ischemic Attack: A Get With The Guidelines-Stroke Analysis	Estudio Transversal	- Solo 30% de pacientes que sufren un ACV o AIT reciben ayuda farmacológica para dejar de fumar, y no hay una terapia establecida superior al resto. - Los pacientes con ACV isquémico tienen mejores tasas de cese tabáquico que los que pasaron un ACV hemorrágico o un AIT.
O'Donnell MJ et al. (2016)	Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study	Estudio de Casos y Controles	- La mayoría de los ACV se atribuyen a factores modificables como hipertensión, tabaquismo, dieta poco saludable y falta de actividad física. - El tabaquismo es el principal riesgo evitable para sufrir un ictus, pero tras 10 años de abstinencia, el riesgo se iguala al de un "nunca-fumador".
Zafar F et al. (2024)	Smoke Signals: Unraveling the Paradoxical Impact of Smoking on Stroke Prognosis and Treatment Efficacy	Revisión Sistemática	- Pese a que existe cierta evidencia de que el tabaquismo podría traer beneficios en la respuesta a la terapia de revascularización como tratamiento del ACV, la evidencia general respalda el efecto perjudicial del tabaquismo a largo plazo y como factor de riesgo de un segundo evento cardiovascular.
Iglesias-Rey R et al. (2022)	The Smoking Paradox in Stroke Patients Under Reperfusion Treatment Is Associated With Endothelial Dysfunction	Estudio de Cohortes	- El tabaquismo se asocia a niveles más bajos de sTWEAK y esto a su vez a mejor respuesta funcional tras ACV. Por tanto, el supuesto beneficio de continuar con el tabaco tras sufrir un episodio cerebrovascular no se debe al tabaquismo como tal, sino a los niveles bajos de esta proteína.
Rakic JM et al. (2023)	APOL1 Risk Variants Associate With the Prevalence of Stroke in African American Current and Past Smokers	Estudio Transversal	- Las variantes de riesgo APOL1 G1 y G2, en sinergia con el consumo de tabaco, aumentan la susceptibilidad a sufrir un ACV dentro de la población afroamericana. Por tanto, conviene alentar al cese tabáquico en esos pacientes.
Ok T et al. (2023)	Effect of Smoking Cessation on the Risk of Subarachnoid Hemorrhage: A Nested Case-Control Study in Korean Men	Estudio de Casos y Controles	- La supresión del tabaquismo en fumadores redujo el riesgo de Hemorragia Subaracnoidea (HSA), y la reducción fue mayor a medida que aumentó el período de abstinencia.
Weinberger AH et al. (2023)	The Relationship of Tobacco Use and Migraine: A Narrative Review	Revisión Bibliográfica	- La prevalencia del tabaco es mayor en pacientes que sufren de migraña, y existe evidencia de que el consumo puede empeorar el curso clínico, pero faltan estudios que aborden el abandono tabáquico.
Deal JA et al. (2020)	Relationship of Cigarette Smoking and Time of Quitting with Incident Dementia and Cognitive Decline	Estudio de Cohortes	- El riesgo para cualquier demencia está asociado con el tabaquismo, pero el abandono del tóxico durante 9 años (al menos) iguala ese riesgo. - Aunque no esté datado claramente, cuanto antes se produzca el cese tabáquico, el beneficio aparenta ser mayor.
Lu Y et al. (2020)	Smoking cessation and incident dementia in elderly Japanese: the Ohsaki Cohort 2006 Study	Estudio de Cohortes	- Para una cohorte de mayores de 65 años de Japón, el consumo tabáquico supuso un aumento en el riesgo de demencia. - La duración de la abstinencia es crucial: a los 3 años, el riesgo de contraer demencia es similar que el del grupo de los "nunca fumadores".
Jeong SM et al. (2023)	Association of Changes in Smoking Intensity With Risk of Dementia in Korea	Estudio de Cohortes	- Comparando el cese absoluto del tabaquismo con una simple reducción del consumo, los beneficios son menores en la segunda, aunque también son significativos respecto al grupo que continuó fumando, para el riesgo de demencia.
Ahn S et al. (2021)	Factors predicting episodic memory changes in older adults with subjective cognitive decline: A longitudinal observational study	Estudio de Cohortes	- Este estudio sugiere que interrumpir el tabaquismo podría preservar la memoria episódica en ancianos con Deterioro Cognitivo, posiblemente retrasando el inicio de la demencia de Alzheimer. - Los fumadores tuvieron peores puntajes en los test de memoria episódica durante su seguimiento.
Kesoyan AA et al. (2022)	Cigarette Smoking Nicotine and Parkinson's Disease: Controversies in Clinical Trial Data and Medical Practice	Revisión Bibliográfica	- Algunos estudios presentan como factor protector al tabaco para la E. de Parkinson, probablemente debido a la nicotina, y también sugieren que el cese conlleva empeoramiento motor.
Wahbeh F et al. (2024)	Impact of tobacco smoking on disease-specific outcomes in common neurological disorders: A scoping review	Revisión Sistemática	- Al igual que el consumo de tabaco se asocia a un curso más rápido y un peor resultado de patologías como Esclerosis Múltiple, deterioro cognitivo y Accidentes Cerebrovasculares; dejar de fumar se relaciona con un mejor curso en los dos primeros.
Rodgers J et al. (2022)	The impact of smoking cessation on multiple sclerosis disease progression	Estudio de Cohortes	- Los efectos beneficiosos del cese tabáquico para la Esclerosis Múltiple que propone el estudio fueron en síntomas motores, deambulación, depresión y un avance más lento de la patología.
Peters S et al (2020)	Effect modification of the association between total cigarette smoking and ALS risk by intensity, duration and time-since-quit: Euro-MOTOR	Estudio de Casos y Controles	- El estudio confirma la asociación positiva entre el tabaco y la ELA, proporcional al consumo medido en paquetes-año. En la otra dirección, el abandono tabáquico reduce esa asociación, que aumenta según el tiempo de abstinencia.

Tabla VI: Tabla-resumen sobre el beneficio en salud mental.

Autor	Título	Tipo	Resultados
Wu Z et al. (2023)	A cross-sectional study of smoking and depression among US adults: NHANES (2005–2018)	Estudio Transversal	- Fumar, y la cantidad de consumo, predisponen a desarrollar depresión; mientras que dejar de hacerlo disminuye ese riesgo, y el beneficio es mayor cuanto más tiempo haya de abstinencia.
Amiri S et al. (2020)	The prevalence of depression symptoms after smoking cessation: a systematic review and meta-analysis	Metaanálisis	- La población que deja de fumar tiene una menor probabilidad de sufrir depresión en comparación con los fumadores, aunque no se iguale el riesgo al de los que nunca fumaron.
Taylor GM et al. (2021)	Smoking cessation for improving mental health	Metaanálisis	- Existen beneficios leves-moderados tras el abandono tabáquico en pacientes con síntomas ansioso-depresivos.
Stepankova L et al. (2017)	Depression and Smoking Cessation: Evidence from a Smoking Cessation Clinic with 1-Year Follow-Up.	Estudio de Cohortes	- En este análisis sobre la cesación tabáquica de 1 año de duración, los pacientes con depresión tuvieron peores tasas de éxito. A su vez, los abstinentes vieron una mejoría de su patología.
Jafarzadeh NS et al. (2023)	Associations between anxiety symptoms and barriers to smoking cessation among African Americans who smoke cigarettes daily	Estudio de Cohortes	- Los síntomas de ansiedad social, pero no los de relacionados con trauma o pánico, desempeñaron un papel modesto como barrera añadida para el abandono tabáquico.
Kawai H et al (2023)	Association of depression and smoking cessation: outcomes of an 18-year retrospective cohort study.	Estudio de Cohortes	- Se necesitan más estudios con terapias más específicas, que superen la barrera que conforma la depresión para la suspensión tabáquica.
Wootton RE et al. (2020)	Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: a Mendelian randomisation study.	Estudio de Aleatorización Mendeliana	- Hay evidencia fuerte de que el tabaco es un factor de riesgo para la esquizofrenia, aún mayor que para la depresión.
Kaasgaard DM et al. (2024)	Video consultation and treatment in the community smoking cessation therapy success rates in patients with mental illness: a randomized controlled trial	Ensayo Clínico Aleatorizado	- Este ensayo de 6 meses, tuvo una tasa de éxito en la cesación elevada, debido al empleo de video-consultas como seguimiento y parches de nicotina como tratamiento de la abstinencia, en pacientes con esquizofrenia o síntomas psicóticos.
Miyauchi M et al. (2017)	Long term effects of smoking cessation in hospitalized schizophrenia patients.	Estudio de Cohortes	- Fumar reduce la efectividad de fármacos antipsicóticos y antiparkinsonianos en pacientes con esquizofrenia, pero que ambos factores podrían mejorar a largo plazo mediante el abandono del tabaco.
Caponnetto P et al. (2022)	Smoking Addiction in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders and Its Perception and Intervention in Healthcare Personnel Assigned to Psycho-Rehabilitation Programs: A Qualitative Research	Revisión Bibliográfica	- El tabaco empeora el curso de la esquizofrenia, y dejar de fumar en estos pacientes es aún más difícil. Además, la prevalencia del tabaquismo en ellos está muy aumentada. - Dejar de fumar parece mejorar el curso de la patología e incluso reducir el número de ingresos.
Caponnetto P et al. (2020)	Approved and emerging smoking cessation treatments for people with schizophrenia spectrum disorders: A narrative review	Revisión Bibliográfica	- La terapia más efectiva para el cese tabáquico en pacientes con esquizofrenia es la estrategia combinada, con farmacoterapia y psicología. - El empleo de vapers parece prometedor, pero aún falta evidencia.
Kozak K et al. (2020)	Pharmacotherapy for smoking cessation in schizophrenia: a systematic review.	Revisión sistemática	- Las terapias para dejar de fumar son seguras en casos de esquizofrenia, siendo útil añadir en ocasiones suplementos nicotínicos.

## Discusión

El hecho de que el tabaco predispone o empeora infinidad de enfermedades es algo ampliamente contrastado, sin embargo, y lo que justifica este estudio, es la falta de comprobación de que, dejar de fumar, efectivamente elimina esos riesgos y mejora ciertas patologías.

Al realizar esta revisión, nos hemos encontrado con algunas limitaciones en los artículos. El más destacable es el hecho de que, aunque los artículos que asocian el tabaco son múltiples, muy pocos introducen el cese tabáquico. Esto se puede deber a varios motivos: la falta de éxito en el propio cese (apenas un sexto de los pacientes lo consigue), la dificultad para atribuir mejoras exclusivamente a la cesación tabáquica (en la mayoría de las ocasiones, se inicia a la vez que otros tratamientos,

siendo difícil aislar la mejoría que produce la suspensión del tóxico) y la ausencia de promoción por parte de los propios especialistas (en la mayoría de las ocasiones quedando relegada a la Atención Primaria).

Por otro lado, tampoco existe una fórmula para dejar de fumar claramente superior que el resto. Se ha concluido que la terapia combinada de un fármaco (vareniclina o bupropión) más una terapia psicológica (la más efectiva es la cognitivo-conductual) es lo que mejor funciona. Aun así, la terapia de reemplazo de nicotina, los cigarrillos electrónicos y otras técnicas siguen siendo útiles e incluso están apareciendo técnicas nuevas como aplicaciones móviles, para llevar un autorregistro de los progresos.

Otra gran barrera a superar es la incapacidad para objetivar si los pacientes dejan de fumar o no. Existen dos métodos objetivos, la concentración de cotinina en orina y el CO exhalado, que nos permiten cuantificar la reducción del consumo de tabaco en los pacientes. Sin embargo, apenas se emplean en los estudios, tendiéndose más al autorreporte de los propios pacientes acerca de cuánto fuman y cuándo dejan de hacerlo, lo que suele ser más inexacto.

Para casi cualquier paciente cardiópata, neumológico o neurológico, el abandono del tóxico trae beneficios. Por ello, la intervención de las 5A y las 5R debe ser un patrón constante. No obstante, es difícil aislar la mejoría atribuida exclusivamente a la detención del tabaco, pues existen otros muchos factores interrelacionados que influyen en las patologías de estos aparatos, cuya etiopatogenia suele depender mucho de la cantidad de tabaco consumido. Parece que actualmente hemos encontrado una forma común y holística de medir esa consumición, empleando el Índice Paquetes-Año, pero aun así no es algo que esté instaurado en todos los estudios.

En el caso de los estudios con pacientes oncológicos, la limitación más frecuente fue la dificultad para encontrar pacientes que dejen de fumar al momento del diagnóstico, y así, poder valorar la supervivencia. Los pacientes tienen la creencia de que, una vez establecido el diagnóstico infausto de cáncer, es demasiado tarde para dejar de fumar. Esto no es para nada así, ya que la tasa de mortalidad disminuye en los grupos de exfumadores, así como las complicaciones o las recurrencias, aunque existe variabilidad entre las distintas localizaciones. El caso del cáncer de pulmón es el más evidente: la supervivencia aumenta sobre varios meses.

Una de las ramas de la Medicina que más importancia está cobrando en tiempos recientes es la salud mental. La cantidad de estudios que asocian el hábito tabáquico con infinidad de trastornos psiquiátricos es sorprendente. La dificultad en estos casos radica en la complejidad para entender cómo se interrelacionan adicción y patología mental, qué predispone a qué o si la asociación es bidireccional en realidad. Es difícil sacar conclusiones basadas en el causa-efecto, ya que la patogenia de estos trastornos nos es, por ahora, desconocida.

La idea más lógica es pensar que, si una enfermedad se asocia al tabaco, el cese del consumo ayudará a disminuir el riesgo y mejorar los síntomas, en su misma medida. Probablemente sea así en la mayoría, pero es importante seguir cuantificando esos beneficios para saber en qué tipo de enfermedades debemos incidir más en la suspensión del hábito tabáquico.

Es un compromiso de todos aumentar las tasas de éxito para la cesación tabáquica: de los investigadores, encontrar fórmulas más efectivas y estudiar los beneficios de lograrlo; de los médicos, promoviendo unos hábitos

saludables y educando en salud a la población general; de los pacientes, enfrentándose al esfuerzo de superar su adicción; y de los políticos, aumentando las campañas de concienciación y regulando la calidad del producto.

## Conclusiones

Catalogar las ventajas de la suspensión del consumo tabáquico es un trabajo arduo y complejo ya que las mejoras se extienden en multitud de enfermedades y aparatos del organismo:

1. Todos los sectores de la sociedad deben luchar por reducir el consumo de tabaco, por ser la primera causa de mortalidad y morbilidad evitable. Es uno de los grandes compromisos de la Medicina, tanto de Atención Primaria como Especializada.
2. El abandono del tabaco debe ser parte del tratamiento tras sufrir un infarto de miocardio, porque 1 de cada 3 pacientes que deja de fumar evita un segundo episodio, la supervivencia en estos pacientes se alarga 3 años al cumplir la década de abstinencia y los fenómenos tromboembólicos también disminuyen tras el abandono.
3. La reducción tabáquica está recomendada en todas las enfermedades respiratorias, no solo por la disminución de complicaciones, ingresos, necesidad de dosis, síntomas, etc, sino por la mejora en calidad de vida, sobre todo en pacientes EPOC y asmáticos. Reduce también el riesgo de contraer neumonías y EPID, y evita cursos más agresivos de éstas.
4. Una de las consecuencias más aterradoras del tabaco es el cáncer: Tras 15 años de abstinencia tabáquica, el riesgo general de cáncer se reduce significativamente. Para la mayoría de los pacientes oncológicos, dejar de fumar mejora síntomas y complicaciones derivadas de sus procesos. En el caso del cáncer de pulmón, el abandono del tóxico es parte del tratamiento, puesto que alarga la supervivencia hasta 9 meses, de media.
5. Existen múltiples enfermedades digestivas, hepáticas y pancreáticas que experimentan ventajas al dejar de fumar. Para la Enfermedad de Crohn, mejoran los síntomas y las complicaciones tras el abandono. El riesgo de pancreatitis agudas se ve reducido, así como de padecer cirrosis o esteatosis hepática.
6. Accidentes Cerebrovasculares. El riesgo de sufrir un ACV se iguala al de una persona que no haya fumado nunca a los 10 años de abstinencia. También se disminuye el riesgo de Hemorragia Subaracnoidea, Alzheimer y ELA. La EM mejora con el cese tabáquico.
7. En cuanto a salud mental. Encontramos ventajas enormes en los pacientes con síntomas depresivos y ansiosos al dejar el tabaco, e incluso disminuyen los

ingresos en pacientes psicóticos. El reto en estos pacientes es conseguir que eliminen el hábito tóxico de sus vidas.

8. Las mejoras tras la cesación tabáquica no solo aparecen en personas enfermas o con diagnósticos concretos. Entendiendo la salud y la enfermedad como un continuo, siempre debe ser recomendado finalizar con el hábito tabáquico, ya que ningún nivel de consumo es saludable.

## Bibliografía

1. Tabaco [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Scholten PR, Stalpers LJA, Bronsema I, van Os RM, Westerveld H, van Lonkhuijzen LRCW. The effectiveness of smoking cessation interventions after cancer diagnosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Policy*. 1 de marzo de 2024;39:100463.
3. Cáncer atribuible al tabaco [Internet]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2020/2/tobacco-use-causes-almost-one-third-of-cancer-deaths-in-the-who-european-region>
4. El consumo de tabaco en España y el mundo, en datos y gráficos [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/consumo-tabaco-espana-datos-graficos/377>
5. Riesgos para la salud debido al tabaquismo [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo/fumar-tabaco.html>
6. El tabaco y el cáncer | CDC [Internet]. 2023 [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/tobacco/index.htm>
7. Jacob L, Freyn M, Kalder M, Dinas K, Kostev K. Impact of tobacco smoking on the risk of developing 25 different cancers in the UK: a retrospective study of 422,010 patients followed for up to 30 years. *Oncotarget*. 3 de abril de 2018;9(25):17420-9.
8. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de pulmón? | CDC [Internet]. 2023 [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/lung/basic\\_info/risk\\_factors.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm)
9. INFORME 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.
10. Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica [Internet]. National Library of Medicine; [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/copd.html>
11. Aguiló Juanola MC, López-González AA, Tomás-Gil P, Paublini H, Tárraga-López PJ, Ramírez-Manent JI. Influence of tobacco consumption on the values of different overweight and obesity scales in 418,343 spanish people. *Academic Journal of Health Sciences* 2023; 38 (6):111-7 doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.11
12. Toda N, Okamura T. Cigarette smoking impairs nitric oxide-mediated cerebral blood flow increase: Implications for Alzheimer's disease. *J Pharmacol Sci*. agosto de 2016;131(4):223-32.
13. Ramírez-Manent JI, Tomás-Gil P, Coll-Villalonga JL, Martí-Llitas P, López-González AA, Paublini H. Influence of sociodemographic variables and tobacco consumption on the prevalence of atherogenic dyslipidemia and lipid triad in 418.343 spanish workers. *Academic Journal of Health Sciences* 2023; 38 (6):84-9 doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.84
14. Montero Muñoz N, López-González AA, Tomás-Gil P, Martínez Jover A, Paublini H, Ramírez Manent JI. Relationship between sociodemographic variables and tobacco consumption with vascular age values using the Framingham model in 336,450 spanish workers. *Academic Journal of Health Sciences* 2023;38(5):61-6 doi: 10.3306/AJHS.2023.38.05.61
15. Aguiló Juanola MC. ¿Deberían modificarse los criterios de financiación de medicamentos para el tratamiento del tabaquismo en España? *Academic Journal of Health Sciences* 2023;38(2):157-62 doi: 10.3306/AJHS.2023.38.02.157
16. Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco en personas con tuberculosis a nivel de la atención primaria [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51350>
17. García-Galbis Marín J, Leal Hernández M, Hernández Menarguez F, Abellán Alemán J. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. *Semerger*. 1 de noviembre de 2012;38(8):505-10.
18. :: CIMA :: PROSPECTO ZYNTABAC 150 mg COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/63265/P\\_63265.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/63265/P_63265.html)
19. :: CIMA :: PROSPECTO CHAMPIX 1 mg comprimidos recubiertos con película [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/106360016/P\\_106360016.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/106360016/P_106360016.html)
20. :: CIMA :: PROSPECTO TODACITAN 1,5 MG COMPRIMIDOS EFG [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/83407/P\\_83407.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/83407/P_83407.html)
21. Pandya A, S MK, Mishra S, Bajaj K. Effectiveness of the QuitSure Smartphone App for Smoking Cessation: Findings of a Prospective Single Arm Trial. *JMIR Formative Research*. 29 de diciembre de 2023;7(1):e51658.
22. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Preventive Cardiology*. 1 de febrero de 2019;26(3):279-88.
23. Wu AD, Lindson N, Hartmann-Boyce J, Wahedi A, Hajizadeh A, Theodoulou A, et al. Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 8 de agosto de 2022 [citado 12 de febrero de 2024];2022(8). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD014936.pub2>
24. Mons U, Műezzinler A, Gellert C, Schöttker B, Abnet CC, Bobak M, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ*. 20 de abril de 2015;350:h1551.

25. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus. *Circulation*. 10 de noviembre de 2015;132(19):1795-804.
26. Duncan MS, Freiberg MS, Greevy RA, Kundu S, Vasan RS, Tindle HA. Association of Smoking Cessation With Subsequent Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA*. 20 de agosto de 2019;322(7):642-50.
27. Iida M. Weight Gain After Smoking Cessation and Atherosclerotic Low-Density Lipoprotein Marker. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*. 2016;23(11):1257-8.
28. Cho JH, Kwon HM, Park SE, Jung JH, Han KD, Park YG, et al. Protective effect of smoking cessation on subsequent myocardial infarction and ischemic stroke independent of weight gain: A nationwide cohort study. *PLoS One*. 16 de julio de 2020;15(7):e0235276.
29. SOLAK I. THE EFFECTS OF SHORT-TERM SMOKING CESSATION ON METABOLIC SYNDROME PARAMETERS. *Acta Medica Mediterranea*. 17 de octubre de 2018;(6):2037-44.
30. Chen HY, Li SC, Chen LF, Wang W, Wang Y, Yan XW. The effects of cigarette smoking and smoking cessation on high-density lipoprotein functions: implications for coronary artery disease. *Ann Clin Biochem*. 1 de enero de 2019;56(1):100-11.
31. van der Plas A, Antunes M, Pouly S, de La Bourdonnaye G, Hankins M, Heremans A. Meta-analysis of the effects of smoking and smoking cessation on triglyceride levels. *Toxicology Reports*. 1 de enero de 2023;10:367-75.
32. Gallucci G, Tartarone A, Lerosé R, Lalinga AV, Capobianco AM. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. *J Thorac Dis*. julio de 2020;12(7):3866-76.
33. Giorgi-Pierfranceschi M, Monreal M, Di Micco P, Francisco I, Hernández-Blasco L, Madridano O, et al. Prognostic Impact of Active Cigarette Smoking on Mortality in Patients with Acute Venous Thromboembolic Events, Findings from Real World Data. *Medicina*. febrero de 2022;58(2):295.
34. Lovatt S, Wong CW, Holroyd E, Butler R, Phan T, Patwala A, et al. Smoking cessation after acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*. diciembre de 2021;75(12):e14894.
35. Finocchio E, Olivieri M, Nguyen G, Bortolami O, Marchetti P, Vesentini R, et al. Effects of Respiratory Disorders on Smoking Cessation and Re-Initiation in an Italian Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2021;18(3):903.
36. Rogliani P, Page C, Calzetta L. Prescribing the right therapy for the treatment of chronic cough: a critical focus on current and investigational options. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 3 de mayo de 2022;23(7):741-4.
37. Wei X, Guo K, Shang X, Wang S, Yang C, Li J, et al. Effects of different interventions on smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease patients: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 1 de diciembre de 2022;136:104362.
38. Guo K, Zhou L, Shang X, Yang C, EF, Wang Y, et al. Varenicline and related interventions on smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 de diciembre de 2022;241:109672.
39. Li X, Wu Z, Xue M, Du W. An observational study of the effects of smoking cessation earlier on the clinical characteristics and course of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine*. 27 de octubre de 2022;22(1):390.
40. Liu Y, Greenlund KJ, VanFrank B, Xu F, Lu H, Croft JB. Smoking cessation among US adult smokers with and without COPD, 2018. *Am J Prev Med*. abril de 2022;62(4):492-502.
41. Underner M, Peiffer G, Perriot J, Jaafari N. Spécificité du sevrage tabagique chez l'asthmatique et effets du sevrage sur l'asthme. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 de enero de 2021;38(1):87-107.
42. Riesco JA, Rábade C, Signes-Costa J, Cabrera E, Jimenez CA. Frequency and characteristics of asthma in smokers attending smoking cessation units in Spain. *PLOS ONE*. 7 de diciembre de 2023;18(12):e0294587.
43. Tiotiu A, Ioan I, Wirth N, Romero-Fernandez R, González-Barcala FJ. The Impact of Tobacco Smoking on Adult Asthma Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2021;18(3):992.
44. Kihara T, Yamagishi K, Iso H, Tamakoshi A. The association of smoking cessation with mortality from pneumonia among middle-aged and elderly community residents: The Japan Collaborative Cohort (JACC) study. *Preventive Medicine*. 1 de octubre de 2022;163:107188.
45. McGeoch LJ, Ross S, Massa MS, Lewington S, Clarke R. Cigarette smoking and risk of severe infectious respiratory diseases in UK adults: 12-year follow-up of UK biobank. *Journal of Public Health*. 1 de diciembre de 2023;45(4):e621-9.
46. Mungia R, Valdez DN. Smoking, Vaping, and the Benefits Cessation in Times of COVID-19: A Public Health Perspective. *Front Dent Med [Internet]*. 17 de diciembre de 2020 [citado 26 de marzo de 2024];1. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fdmed.2020.618364>
47. Baker J, Krishnan N, Abroms LC, Berg CJ, Bittoun R. The Impact of Tobacco Use on COVID-19 Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Smoking Cessation*. enero de 2022;2022:e15.
48. Jiménez-Ruiz CA, Zabert G, Buljubasich D, de Granda-Orive JI, Buendía I, Luhning S, et al. Preguntas y respuestas relacionadas con tabaquismo en pacientes con EPID. Aplicación de metodología con formato PICO. *Archivos de Bronconeumología*. 1 de julio de 2020;56(7):435-40.
49. Tu H, Ye Y, Huang M, Xie K, Chow WH, Zhao H, et al. Smoking, smoking cessation, and survival after cancer diagnosis in 128,423 patients across cancer types. *Cancer Communications*. 2022;42(12):1421-4.
50. Park E, Kang HY, Lim MK, Kim B, Oh JK. Cancer Risk Following Smoking Cessation in Korea. *JAMA Network Open*. 6 de febrero de 2024;7(2):e2354958.
51. Caini S, Del Riccio M, Vettori V, Scotti V, Martinoli C, Raimondi S, et al. Quitting Smoking At or Around Diagnosis Improves the Overall Survival of Lung Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Thoracic Oncology*. 1 de mayo de 2022;17(5):623-36.
52. Dobson Amato KA, Hyland A, Reed R, Mahoney MC, Marshall J, Giovino G, et al. Tobacco Cessation May Improve Lung Cancer Patient Survival. *Journal of Thoracic Oncology*. 1 de julio de 2015;10(7):1014-9.
53. Chang JT, Anic GM, Rostron BL, Tanwar M, Chang CM. Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 19 de marzo de 2021;23(4):635-42.
54. Petrick JL, Campbell PT, Koshiol J, Thistle JE, Andreotti G, Beane-Freeman LE, et al. Tobacco, alcohol use and risk of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma: The Liver Cancer Pooling Project. *Br J Cancer*. abril de 2018;118(7):1005-12.
55. Marti-Aguado D, Clemente-Sanchez A, Bataller R. Cigarette smoking and liver diseases. *Journal of Hepatology*. 1 de julio de 2022;77(1):191-205.
56. Caini S, Del Riccio M, Vettori V, Raimondi S, Assedi M, Vignati S, et al. The Prognostic Impact of Quitting Smoking at or around Diagnosis

- on the Survival of Patients with Gastrointestinal Cancers: A Systematic Literature Review. *Cancers*. enero de 2022;14(16):3857.
58. Park JH, Hong JY, Han K. Association between Smoking Cessation and the Risk of Cholangiocarcinoma and Ampulla of Vater Cancer: A Nationwide Cohort Study. *Liver Cancer*. 9 de febrero de 2023;12(5):457-66.
59. Kim B, Han K, Chung H, Kim SG, Cho SJ. Lower risk of depression after smoking cessation and alcohol abstinence in patients with gastric cancer who underwent gastrectomy: A population-based, nationwide cohort study. *Cancer*. 15 de septiembre de 2023;129(18):2893-903.
60. Wang QL, Xie SH, Li WT, Lagergren J. Smoking Cessation and Risk of Esophageal Cancer by Histological Type: Systematic Review and Meta-analysis. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1 de diciembre de 2017;109(12):dix115.
61. Day AT, Dahlstrom KR, Lee R, Karam-Hage M, Sturgis EM. Impact of a tobacco treatment program on abstinence and survival rates among current smokers with head and neck squamous cell carcinoma. *Head & Neck*. 2020;42(9):2440-52.
62. Kwan ML, Garren B, Nielsen ME, Tang L. Lifestyle and nutritional modifiable factors in the prevention and treatment of bladder cancer. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. 1 de junio de 2019;37(6):380-6.
63. Kumar R, Matulewicz R, Mari A, Moschini M, Ghodoussipour S, Pradere B, et al. Impact of smoking on urologic cancers: a snapshot of current evidence. *World J Urol*. 1 de junio de 2023;41(6):1473-9.
64. Koshiraris C, Aveyard P, Oke J, Ryan R, Szatkowski L, Stevens R, et al. Smoking cessation and survival in lung, upper aero-digestive tract and bladder cancer: cohort study. *Br J Cancer*. octubre de 2017;117(8):1224-32.
65. Caini S, Del Riccio M, Vettori V, Francolini G, D'Ecclesiis O, Cai T, et al. Prognostic Impact of Post-Diagnosis Smoking Cessation among Bladder Cancer Patients: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers*. enero de 2022;14(16):4022.
66. Kohata Y, Fujiwara Y, Watanabe T, Kobayashi M, Takemoto Y, Kamata N, et al. Long-Term Benefits of Smoking Cessation on Gastroesophageal Reflux Disease and Health-Related Quality of Life. *PLOS ONE*. 4 de febrero de 2016;11(2):e0147860.
67. Park SK, Kim MH, Jung JY, Oh CM, Ha E, Yang EH, et al. Change in smoking status and its relation to the risk of gastroduodenal ulcer in Korean men. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2022;37(11):2091-7.
68. Dittrich L, Schwenninger MV, Dittrich K, Pratschke J, Aigner F, Raakow J. Marginal ulcers after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: analysis of the amount of daily and lifetime smoking on postoperative risk. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 1 de marzo de 2020;16(3):389-96.
69. Udermer M, Perriot J, Cosnes J, Beau P, Peiffer G, Meurice JC. Tabagisme, sevrage tabagique et maladie de Crohn. *La Presse Médicale*. 1 de abril de 2016;45(4, Part 1):390-402.
70. Alexakis C, Saxena S, Chhaya V, Cecil E, Majeed A, Pollok R. Smoking Status at Diagnosis and Subsequent Smoking Cessation: Associations With Corticosteroid Use and Intestinal Resection in Crohn's Disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. noviembre de 2018;113(11):1689.
71. Bolckmans R, Kalman T, Singh S, Ratnatunga KC, Myreid P, Travis S, et al. Does Smoking Cessation Reduce Surgical Recurrence After Primary Ileocolic Resection for Crohn's Disease? *Diseases of the Colon & Rectum*. febrero de 2020;63(2):200.
72. To N, Gracie DJ, Ford AC. Systematic review with meta-analysis: the adverse effects of tobacco smoking on the natural history of Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2016;43(5):549-61.
73. Lee S, Kuenzig ME, Ricciuto A, Zhang Z, Shim HH, Panaccione R, et al. Smoking May Reduce the Effectiveness of Anti-TNF Therapies to Induce Clinical Response and Remission in Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 1 de enero de 2021;15(1):74-87.
74. Hua X, Lopes EW, Burke KE, Ananthakrishnan AN, Richter JM, Lo CH, et al. Smoking Behaviour Changes After Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease and Risk of All-cause Mortality. *Journal of Crohn's and Colitis*. 1 de julio de 2022;16(7):1030-8.
75. Severs M, van Erp SJH, van der Valk ME, Mangen MJJ, Fidder HH, van der Have M, et al. Smoking is Associated With Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 1 de abril de 2016;10(4):455-61.
76. Blackwell J, Saxena S, Alexakis C, Bottle A, Cecil E, Majeed A, et al. The impact of smoking and smoking cessation on disease outcomes in ulcerative colitis: a nationwide population-based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2019;50(5):556-67.
77. Nunes T, Etchevers MJ, Merino O, Gallego S, García-Sánchez V, Marín-Jiménez I, et al. High smoking cessation rate in Crohn's disease patients after physician advice – The TABACROHN Study. *Journal of Crohn's and Colitis*. 1 de abril de 2013;7(3):202-7.
78. Talley NJ, Powell N, Walker MM, Jones MP, Ronkainen J, Forsberg A, et al. Role of smoking in functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: three random population-based studies. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2021;54(1):32-42.
79. Başpınar MM, Basat O. Frequency and severity of irritable bowel syndrome in cigarette smokers, Turkey 2019. *Tob Induc Dis*. 8 de marzo de 2022;20(March):1-8.
80. Han SY, Conwell DL, Diaz PT, Ferketich A, Jeon CY, Yadav D, et al. The deleterious effects of smoking on the development and progression of chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 1 de septiembre de 2022;22(6):683-7.
81. Lee JM, Han KD, Lee SH, Park JM, Park N, Jeon H, et al. The association between smoking, changes in smoking behavior, and acute pancreatitis: A population-based cohort study in Korea. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2023;38(3):451-9.
82. Han S, Patel B, Min M, Bocelli L, Kheder J, Wachholtz A, et al. Quality of life comparison between smokers and non-smokers with chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 1 de abril de 2018;18(3):269-74.
83. Han S, Kheder J, Bocelli L, Fahed J, Wachholtz A, Seward G, et al. Smoking Cessation in a Chronic Pancreatitis Population. *Pancreas*. octubre de 2016;45(9):1303.
84. Jang YS, Joo HJ, Park YS, Park EC, Jang SI. Association between smoking cessation and non-alcoholic fatty liver disease using NAFLD liver fat score. *Front Public Health [Internet]*. 17 de febrero de 2023 [citado 26 de marzo de 2024];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1015919/full>
85. Parikh NS, Zhang C, Salehi Omran S, Restifo D, Carpenter MJ, Schwamm L, et al. Smoking-Cessation Pharmacotherapy After Stroke and Transient Ischemic Attack: A Get With The Guidelines-Stroke Analysis. *Stroke*. marzo de 2023;54(3):e63-5.
86. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*. 20 de agosto de 2016;388(10046):761-75.

87. Zafar F, Wadhwa A, Kumar K, Ahmed M, Khokhar AS, Sajjad S, et al. Smoke Signals: Unraveling the Paradoxical Impact of Smoking on Stroke Prognosis and Treatment Efficacy. *Cureus J Med Sci*. 15 de enero de 2024;16(1):e52346.
88. Matsuo R, Ago T, Kiyuna F, Sato N, Nakamura K, Kuroda J, et al. Smoking Status and Functional Outcomes After Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. marzo de 2020;51(3):846-52.
89. Iglesias-Rey R, Custodia A, Alonso-Alonso ML, López-Dequidt I, Rodríguez-Yáñez M, Pumar JM, et al. The Smoking Paradox in Stroke Patients Under Reperfusion Treatment Is Associated With Endothelial Dysfunction. *Front Neurol* [Internet]. 24 de marzo de 2022 [citado 30 de marzo de 2024];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2022.841484/full>
90. Rakic JM, Pullinger CR, Van Blarigan EL, Movsesyan I, Stock EO, Malloy MJ, et al. APOL1 Risk Variants Associate With the Prevalence of Stroke in African American Current and Past Smokers. *Journal of the American Heart Association*. 19 de diciembre de 2023;12(24):e030796.
91. Ok T, Jeon J, Heo SJ, Kim J. Effect of Smoking Cessation on the Risk of Subarachnoid Hemorrhage: A Nested Case-Control Study in Korean Men. *Stroke*. diciembre de 2023;54(12):3012-20.
92. Weinberger AH, Seng EK. The Relationship of Tobacco Use and Migraine: A Narrative Review. *Curr Pain Headache Rep*. 1 de abril de 2023;27(4):39-47.
93. Deal JA, Power MC, Palta P, Alonso A, Schneider ALC, Perryman K, et al. Relationship of Cigarette Smoking and Time of Quitting with Incident Dementia and Cognitive Decline. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(2):337-45.
94. Lu Y, Sugawara Y, Zhang S, Tomata Y, Tsuji I. Smoking cessation and incident dementia in elderly Japanese: the Ohsaki Cohort 2006 Study. *Eur J Epidemiol*. 1 de septiembre de 2020;35(9):851-60.
95. Jeong SM, Park J, Han K, Yoo J, Yoo JE, Lee CM, et al. Association of Changes in Smoking Intensity With Risk of Dementia in Korea. *JAMA Netw Open*. enero de 2023;6(1):e2251506.
96. Ahn S, Mathiason MA, Lindquist R, Yu F. Factors predicting episodic memory changes in older adults with subjective cognitive decline: A longitudinal observational study. *Geriatric Nursing*. 1 de enero de 2021;42(1):268-75.
97. Kesoyan AA, Arakelyan NL, Aloyan DA, Karapetyan AA, Manvelyan HM. Cigarette Smoking, Nicotine and Parkinson's Disease: Controversies in Clinical Trial Data and Medical Practice. *New Armen Med J* [Internet]. 2022 [citado 31 de marzo de 2024];16(4). Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000913500700001>
98. Wahbeh F, Restifo D, Laws S, Pawar A, Parikh NS. Impact of tobacco smoking on disease-specific outcomes in common neurological disorders: A scoping review. *Journal of Clinical Neuroscience*. 1 de abril de 2024;122:10-8.
99. Rodgers J, Friede T, Vonberg FW, Constantinescu CS, Coles A, Chataway J, et al. The impact of smoking cessation on multiple sclerosis disease progression. *Brain*. 1 de abril de 2022;145(4):1368-78.
100. Peters S, Visser AE, D'Ovidio F, Vlaanderen J, Portengen L, Beghi E, et al. Effect modification of the association between total cigarette smoking and ALS risk by intensity, duration and time-since-quit: Euro-MOTOR. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1 de enero de 2020;91(1):33-9.
101. Wu Z, Yue Q, Zhao Z, Wen J, Tang L, Zhong Z, et al. A cross-sectional study of smoking and depression among US adults: NHANES (2005–2018). *Front Public Health* [Internet]. 30 de enero de 2023 [citado 31 de marzo de 2024];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1081706/full>
102. Amiri S. The prevalence of depression symptoms after smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases*. 1 de diciembre de 2020;39(1):109-24.
103. Taylor GM, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, Naudé R te W, et al. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2024];(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013522.pub2/full>
104. Stepankova L, Králikova E, Zvolkska K, Pankova A, Ovesna P, Blaha M, et al. Depression and Smoking Cessation: Evidence from a Smoking Cessation Clinic with 1-Year Follow-Up. *Annals of Behavioral Medicine*. 1 de junio de 2017;51(3):454-63.
105. Jafarzadeh NS, Bello MS, Wong M, Cho J, Leventhal AM. Associations between anxiety symptoms and barriers to smoking cessation among African Americans who smoke cigarettes daily. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 de abril de 2023;245:109808.
106. Kawai H, Kondo J, Kuwaki K, Hayashibara M, Nakamura A, Sato N, et al. Association of depression and smoking cessation: outcomes of an 18-year retrospective cohort study. *J Addict Dis* [Internet]. 11 de octubre de 2023 [citado 31 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/alldb/full-record/WOS:001085734800001>
107. Wootton RE, Richmond RC, Stuijzand BG, Lawn RB, Sallis HM, Taylor GMJ, et al. Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: a Mendelian randomisation study. *Psychological Medicine*. octubre de 2020;50(14):2435-43.
108. Kaasgaard DM, Sørensen MK, Christiansen RB, Breum UN, Asiamah N, Friis LBT, et al. Video consultation and treatment in the community smoking cessation therapy success rates in patients with mental illness: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2024;0(0):1-9.
109. Miyauchi M, Kishida I, Suda A, Shiraishi Y, Fujibayashi M, Taguri M, et al. Long term effects of smoking cessation in hospitalized schizophrenia patients. *BMC Psychiatry*. 7 de marzo de 2017;17(1):87.
110. Caponnetto P, Maglia M, Mangione M, Vergopia C, Prezzavento GC, Polosa R, et al. Smoking Addiction in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders and Its Perception and Intervention in Healthcare Personnel Assigned to Psycho-Rehabilitation Programs: A Qualitative Research. *Healthcare*. noviembre de 2022;10(11):2275.
111. Caponnetto P, Polosa R. Approved and emerging smoking cessation treatments for people with schizophrenia spectrum disorders: A narrative review. *Health Psychology Research* [Internet]. 5 de octubre de 2020 [citado 1 de abril de 2024];8(2). Disponible en: <https://healthpsychologyresearch.openmedicalpublishing.org/article/22463>
112. Kozak K, George TP. Pharmacotherapy for smoking cessation in schizophrenia: a systematic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 23 de marzo de 2020;21(5):581-90.
113. Thomson B, Emberson J, Lacey B, Lewington S, Peto R, Jemal A, et al. Association Between Smoking, Smoking Cessation, and Mortality by Race, Ethnicity, and Sex Among US Adults. *JAMA Network Open*. 24 de octubre de 2022;5(10):e2231480.