

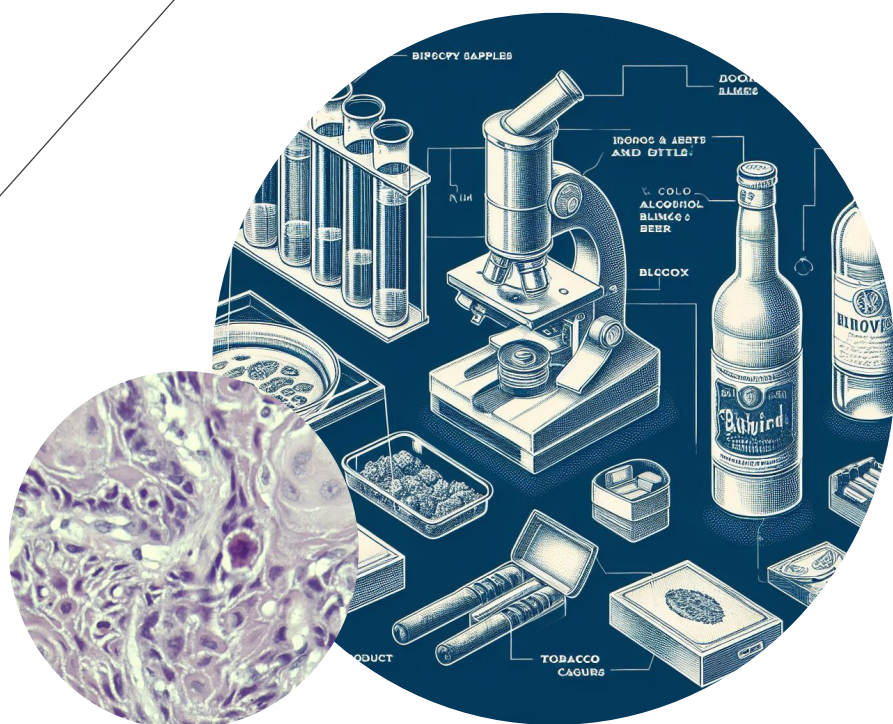
Evolución de los hábitos tóxicos en los pacientes diagnosticados de carcinoma escamoso de cabeza y cuello

Tesis doctoral
Beatriz Pallarés Martí

Doctorado de Medicina
Departamento de Cirugía
Universidad de Valencia

Directores: Prof. Dr. Enrique Zapater
Latorre y Dra. Miriam Natsuki Oishi Konari

Valencia, 2023



Fotografía de IA (DALL·E 3)



Programa de Doctorado 3139 en Medicina

Valencia, noviembre 2023

UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Tesis Doctoral

Beatriz Pallarés Martí

Evolución de los hábitos tóxicos en los pacientes diagnosticados de carcinoma escamoso de cabeza y cuello

Directores de Tesis: Prof. Dr. Enrique Zapater Latorre

Dra. Miriam Natsuki Oishi Konari



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA [ò ʘ]

Facultat de Medicina i Odontologia

Facultad de Medicina

Departamento de Cirugía

Valencia, noviembre 2023

Facultad de Medicina

Departamento de Cirugía

Memoria presentada para optar al título de Doctor dentro del programa de Doctorado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina y Odontología de Valencia por Beatriz Pallarés Martí, bajo la codirección de los doctores, Dra. Miriam Natsuki Oishi Konari, profesora asociada asistencial del Departamento de cirugía de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia y el Prof. Dr. Enrique Zapater Latorre, profesor titular del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia.

Fdo.

Prof. Dr. Enrique Zapater Latorre
(director de tesis)

Fdo.

Dra. Miriam Natsuki Oishi Konari
(directora de tesis)

Fdo.

Dra. Beatriz Pallarés Martí
(doctoranda)

A mi madre,

IR Y QUEDARSE, Y CON QUEDAR PARTIRSE,
partir sin alma, e ir con alma ajena,
oír la dulce voz de una sirena,
y no poder del árbol desairse;

arder como la vela y consumirse,
haciendo torres sobre tierna arena;
caer de un cielo, y ser demonio en pena,
y de serlo jamás arrepentirse;

hablar entre las mudas soledades,
pedir prestada sobre fe paciencia,
y lo que es temporal llamar eterno;

creer sospechas y negar verdades,
es lo que llaman en el mundo ausencia,
fuego en el alma, y en la vida infierno.

Lope de Vega

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar las gracias a Dios por haber llenado mi vida de bendiciones. Entre ellas, el haberme regalado una vocación que me hace inmensamente feliz, donde crezco cada día profesionalmente pero sobre todo como persona.

A los pacientes, que han dado su consentimiento para participar en este trabajo y sin los cuales éste no hubiera sido posible, pero también quiero dar las gracias a todos aquellos que día a día depositan en mí su confianza. Lo cual me llena de gratitud y de responsabilidad.

Al Profesor Zapater y a la Doctora Oishi, por dirigir y guiarme en este trabajo, pero sobre todo por ser un ejemplo de perseverancia y vocación. Gracias por haberme formado y acompañado, no sólo en este trabajo, sino también durante mis años de especialización como otorrinolaringóloga. Gracias a vosotros y al resto de compañeros con los que he coincidido a lo largo de mi carrera profesional tanto en el Hospital General Universitario de Valencia, como en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. En especial, a la Dra. Cristina Vázquez, quien ha contribuido al desarrollo de este estudio y al Profesor Basterra, por ser un ejemplo de templanza y determinación; cualidades que considero necesarias para ser un buen médico, y sobre todo cirujano.

A mis amigos, vosotros sabéis quienes sois, por acompañarme a lo largo de la vida y apoyarme siempre y en especial, al Dr. Fernando Martínez, por sus valiosas aportaciones sobre este proyecto.

A mis padres, Tomás e Irene, gracias por la infinidad de sacrificios que habéis hecho para que yo pudiera cumplir mis sueños.

A mis hermanas, María y Marta, por ser el espejo donde me miro.

A Rafa, por creer siempre en mí, por mirarme como si fuera capaz de todo.

Índice de contenidos

1. Resumen	19
2. Introducción	23
2.1. Tóxicos relacionados con el CECC	29
2.1.1. Alcohol	29
2.1.1.1. Consumo de alcohol en la actualidad	29
2.1.1.2. Alcohol y carcinogénesis	33
2.1.2.- Tabaco	34
2.1.2.1. Consumo de tabaco en la actualidad	35
2.1.2.2. Tabaco y carcinogénesis	39
2.2. Desintoxicación y deshabituación alcohólica	41
2.2.1. Desintoxicación y síndrome de abstinencia	43
2.2.2. Deshabituación	44
3. Hipótesis y objetivos	51
4. Material y métodos	55
4.1. Consideraciones éticas	57
4.2. Selección de pacientes	57
4.3. Recogida de datos	58
4.4. Instrumentos para evaluar el consumo de alcohol y tabaco	59
4.4.1. Unidades de Bebida Estándar (UBE)	59
4.4.2. Índice de paquetes- año (IPA)	61
4.5. Escalas y cuestionarios	61
4.5.1. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg-EADG	61
4.5.2. Cuestionario MOS de apoyo social	62
4.5.3. Test utilizados para evaluar la dependencia a la nicotina	62
4.5.3.1. Test de Fagerström	63
4.5.3.2. Test de Glover-Nilsson	63
4.5.4. Test utilizados para evaluar la dependencia al alcohol	64
4.5.4.1. Test AUDIT	64
4.5.4.2. Escala de Intensidad de Dependencia al Alcohol-EIDA	65
4.6. Cuestionario de recogida de datos	66

4.7. Análisis estadístico	78
5. Resultados	79
5.1. Caracterización de la población estudiada	81
5.2. Consumo de tóxicos	84
5.2.1. Tabaco	84
5.2.2. Alcohol	86
5.3. Características del tumor primario	87
5.4. Tratamiento realizado	88
5.5. Resultado de las encuestas	90
5.5.1. Apoyo social. Cuestionario MOS	90
5.5.2. Ansiedad y Depresión (EADG)	90
5.5.3. Dependencia física a la nicotina. Test de Fagerström	91
5.5.4. Dependencia psicológica a la nicotina. Test de Glover-Nilsson	91
5.5.5. Consumo y grado de dependencia alcohólica. Test AUDIT y EIDA	92
5.6. Abandono de los hábitos tóxicos	93
5.6.1. Tabaco	93
5.6.1.1. Factores relacionados con la reincidencia y la persistencia del consumo	94
5.6.2. Alcohol	98
5.6.2.1. Factores relacionados con la reincidencia y la persistencia del consumo	99
5.7. Resumen de los resultados obtenidos	102
6. Discusión	107
6.1. Consumo de tabaco tras el diagnóstico y tratamiento de CECC	110
6.2. Consumo de alcohol y factores relacionados	117
6.3. Propuesta de un circuito de abandono tabáquico y enólico en los pacientes con CECC	121
7. Conclusiones	129
8. Bibliografía	133
9. Anexos	143
9.1. Anexo 1. Consentimiento informado	143
9.2. Anexo 2. Dictamen CEIC	143

Índice de tablas

Tabla 1. Niveles de consumo de alcohol per cápita en diferentes países de la UE.	30
Tabla 2. Criterios Diagnósticos DSM-5.	42
Tabla 3. Trastornos mentales por consumo de sustancias según CIE-10.	43
Tabla 4. Criterios Diagnósticos DSM-5.	46
Tabla 5. Descripción de las principales variables demográficas.	82
Tabla 6. Características del consumo de tabaco.	85
Tabla 7. Características del consumo de alcohol.	86
Tabla 8. Distribución de los pacientes según la localización del tumor primario.	87
Tabla 9. Estadio tumoral de los pacientes según la clasificación TNM.	87
Tabla 10. Distribución según el tipo de tratamiento quirúrgico recibido a nivel local.	89
Tabla 11. Distribución según el tipo de vaciamiento ganglionar.	89
Tabla 12. Valores obtenidos en el cuestionario EADG.	91
Tabla 13. Valores obtenidos en el Test de Fagerström.	91
Tabla 14. Valores obtenidos en el Test Glover-Nilsson.	92
Tabla 15. Valores obtenidos en el Test EIDA.	92
Tabla 16. Riesgo relativo de reincidencia y persistencia de tabaquismo según la edad.	95
Tabla 17. Riesgo relativo de persistencia y reincidencia del tabaquismo según el estado civil.	95
Tabla 18. Riesgo relativo de persistencia y reincidencia del tabaquismo según la localización tumoral.	96
Tabla 19. Riesgo relativo de reincidencia y persistencia del consumo de alcohol según el grupo de edad.	99
Tabla 20. Riesgo relativo de persistencia y reincidencia del consumo de alcohol según el estado civil.	100
Tabla 21. Tabla resumen de los resultados obtenidos.	105
Tabla 22. Consumo de tabaco tras el diagnóstico de CECC según diferentes artículos.	111
Tabla 23. Consumo de alcohol tras el diagnóstico de CECC según diferentes artículos.	118

Índice de figuras

Figura 1. Consumo de alcohol per cápita según el tipo de bebida a nivel mundial.	30
Figura 2. Consumo de alcohol per cápita según el tipo de bebida en España.	31
Figura 3. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días según la comunidad autónoma.	32
Figura 4. Porcentaje de varones que consumen tabaco a diario: edad > 10.	36
Figura 5. Porcentaje de mujeres que consumen tabaco a diario: edad > 10.	36
Figura 6. Consumo anual de cigarrillos y porcentaje del cambio 1980-2016.	37
Figura 7. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días según la comunidad autónoma.	38
Figura 8. Ilustración esquemática de las vías del metabolismo NNK y NNX y formación de aductos de ADN determinada por estudios en animales de laboratorio y humanos.	41
Figura 9. Morbilidad respecto a las principales enfermedades de interés.	82
Figura 10. Distribución según el estado civil.	83
Figura 11. Distribución según el nivel académico.	83
Figura 12. Distribución según la profesión.	84
Figura 18. Intervención breve del tabaco en los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello.	125
Figura 19. Intervención breve del alcohol en los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello.	128

Índice de imágenes

Imagen 1. Estudio anatomopatológico.	25
Imagen 2. Localizaciones anatómicas de la cavidad oral 8.	26
Imagen 3. Límites anatómicos de la orofaringe 9, 10.	27
Imagen 4. Límites anatómicos de la hipofaringe 7, 9.	28
Imagen 5. Límites anatómicos de la laringe 6, 9.	28
Imagen 6. Secado de la hoja del tabaco.	34

Abreviaturas y siglas

ADN	Ácido desoxirribonucleico
ADH2	Alcohol deshidrogenasa 2
AFRO	Región de África
AJCC-TNM	American Joint Committee on Cancer
ALDH2	Acetaldehído deshidrogenasa 2
AMRO	Región de las Américas
AUDIT	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol
BMJ	British Medical Journal
BZD	Benzodiapinas
CASD	Centro de atención y seguimiento a drogodependencias
CECC	Carcinoma escamoso de cabeza y cuello
CEIC	Comité de ética de investigación clínica
CIE-10	Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM-5	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
EADG	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg
EMRO	Región del Mediterráneo Este
EIDA	Escala de Intensidad de Dependencia al Alcohol
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EURO	Región de Europa
FTND	Test de Fargerström para la dependencia a la nicotina.
GNSBQ	Test de dependencia conductual de Glover Nilsson (Glover Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire)
HPB	4-hidroxi-1-(3-piridyl)-1-butanone

HNSCC	Head and neck squamous cell carcinoma
IC	Intervalo de confianza
IDH	Índice de desarrollo humano
IPA	Índice de paquetes año
IQR	Rango intercuartil o intercuartílico
nAChR	Receptor de acetilcolina de tipo nicotínico
OMS	Organización mundial de la Salud
POB	Piridiloxobutilo
QT	Quimioterapia
RR	Riesgo relativo
RT	Radioterapia
SADQ	Severity Alcohol Dependence Syndrome
SEARO	Región de Asia Sudoriental
TSN	Terapia sustitutiva de nicotina
TSNA	Nitrosaminas específicas del tabaco
NNK	4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanona
NNN	N'-nitrosonornicotina
UBE	Unidad de bebida estándar
VEB	Virus de Epstein-Barr
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano
WPRO	Región del Pacífico Occidental

1. Resumen

INTRODUCCIÓN: El consumo de tabaco y alcohol tiene una relación clara con la aparición de carcinoma escamoso de cabeza y cuello (CECC) y a su vez supone un factor de riesgo tanto para las recidivas como para los segundos tumores. El 70-80% de los pacientes diagnosticados de CECC presentan un consumo excesivo de una o ambas sustancias, y un porcentaje no despreciable continúa fumando y/o bebiendo tras el diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVO: *Objetivo primario:* Estudiar el porcentaje de pacientes que continúan consumiendo tras el diagnóstico y tratamiento de CECC. *Objetivo secundario:* Estudiar las variables que se relacionan con la persistencia y la reincidencia de los hábitos tóxicos en los pacientes diagnosticados de CECC.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio transversal del consumo de tabaco y alcohol en los pacientes con antecedentes de CECC que acudían a controles oncológicos. La evolución de los hábitos tóxicos y las diferentes variables relacionadas se recogió mediante cuestionarios autoaplicados por el propio paciente.

RESULTADOS: Un 65% de los fumadores al diagnóstico continuó fumando a pesar del diagnóstico y tratamiento de CECC. Los pacientes menores de 45 años presentaban un mayor riesgo de persistencia y reincidencia del consumo de tabaco, así como los pacientes divorciados, los pacientes con tumores localizados a nivel de la hipofaringe, los pacientes con dependencia moderada para el tabaco y/o alcohol y los pacientes que trabajaban en el ámbito de la limpieza en comparación con los pacientes que trabajaban en la restauración. Por otro lado, un 50% de los pacientes consumidores de alcohol al diagnóstico siguió bebiendo tras el diagnóstico y tratamiento de CECC. Los pacientes menores de 45 años presentaban un mayor riesgo de persistencia y reincidencia del consumo de alcohol, así como los pacientes divorciados o viudos. Finalmente los pacientes con recidiva tumoral presentan el doble de riesgo de reincidir en el consumo de alcohol.

CONCLUSIONES: A pesar de aconsejar a todos los pacientes con CECC sobre la importancia de la deshabituación tabáquica y enólica, un elevado porcentaje no lo consigue. Por ello creemos que es importante protocolizar circuitos de deshabituación específicos para los pacientes con CECC, en este trabajo proponemos un circuito específico para la deshabituación tanto del tabaco, como del alcohol para este grupo de pacientes.

Resum

INTRODUCCIÓ: El consum de tabac i d'alcohol té una relació clara amb l'aparició de carcinoma escatós de cap i coll (CECC) i a la vegada suposa un factor de risc tant per a les recidives com per als segons tumors. El 70-80% dels pacients diagnosticats de CECC presenten un consum excessiu d'una o ambdues substàncies, i un percentatge no menyspreable continua fumant i/o bevent després del diagnòstic i tractament.

OBJECTIU: *Objectiu primari:* Estudiar el percentatge de pacients que continuen presentant hàbits tòxics després del diagnòstic i tractament de CECC. *Objectiu secundari:* Estudiar les variables que es relacionen amb la persistència i la reincidència dels hàbits tòxics en els pacients diagnosticats de CECC.

MÈTODES: 1. Es va realitzar un estudi transversal del consum de tabac i d'alcohol als pacients amb antecedents de CECC que acudien a controls oncològics. L'evolució dels hàbits tòxics i de les diferents variables relacionades es va recollir mitjançant qüestionaris autoaplicats pel mateix pacient.

RESULTATS: Un 65% dels fumadors al diagnòstic va continuar fumant malgrat el diagnòstic i tractament de CECC. Els pacients menors de 45 anys presentaven un major risc de persistència i reincidència del consum de tabac, així com els pacients divorciats, els pacients amb tumors localitzats a la hipofaringe, els pacients amb dependència moderada al tabac i/o alcohol i els pacients que treballaven a l'àmbit de la neteja també presentaven un major risc de persistència del consum en comparació amb els pacients que treballaven en la restauració. Per una altra banda, un 50% dels pacients consumidor d'alcohol al diagnòstic va continuar bevent malgrat el diagnòstic i tractament de CECC. Els pacients menors de 45 anys presentaven un major risc de persistència i reincidència del consum d'alcohol, així com els pacients divorciats o vidus. Finalment, els pacients amb recidiva tumoral presentaven el doble de risc de persistir en el consum d'alcohol.

CONCLUSIONS: Malgrat que s'aconsella a tots els pacients amb CECC sobre la importància de la deshabitució tabàquica i enòlica, un elevat percentatge no ho aconsegueix. Per això, creiem que és important protocol·litzar circuits de deshabitució específics per als pacients amb CECC, en aquest treball proposem un circuit específic per a la deshabitució tant del tabac, com de l'alcohol, per a aquest grup de pacients.

Summary

INTRODUCTION: Tobacco and alcohol use are one of the main risk factors for head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC). Alcohol and tobacco consumption has not only been linked to the development of primary HNSCC but also to secondary cancers, cancer recurrences, and other poor health outcomes. In fact, about 70-80% of the patients with HNSCC report abuse of one or both substances, and a high percentage of patients continue smoking and/or drinking even after the diagnosis and treatment of HNSCC

OBJECTIVE: *Primary objective:* To study the percentage of patients who continue to consume tobacco and/or alcohol after the diagnosis and treatment of HNSCC. *Secondary objective:* To study the variables that are related to the persistence and recurrence of toxic habits in patients diagnosed with HNSCC.

METHODS: 1. A transversal study of tobacco and alcohol use following diagnosis and treatment of HNSCC was performed during oncological appointments. The evolution of toxic habits and the different related variables were collected through self-applied surveys.

RESULTS: 65% of the smokers kept smoking after their diagnosis and treatment of HNSCC. Patients under 45 years of age had a greater risk of persistence and recurrence of tobacco consumption, as did divorced patients, patients with tumors located at the level of the hypopharynx, patients with moderate dependence on tobacco and/or alcohol, and patients who worked in the cleaning field compared to patients who worked in catering. On the other hand, 50% of patients who consumed alcohol at diagnosis continued drinking after diagnosis and treatment of HNSCC. Patients under 45 years of age had a higher risk of persistence and recurrence of alcohol consumption, as did divorced or widowed patients. Finally, patients with tumor recurrence have double risk of relapsing into alcohol consumption.

CONCLUSIONS: Despite the strong recommendation, a high percentage of patients with HNSCC continue to use tobacco and/or alcohol after the diagnosis and treatment of HNSCC. For this reason, we believe that it is important to protocolize specific cessation circuits for patients with HNSCC. In this work we propose a specific intervention for cessation of both substance for this group of patients.

2. Introducción

El consumo de tabaco y alcohol tiene una relación clara con la aparición del carcinoma escamoso de cabeza y cuello (CECC) y con la recidiva tras el tratamiento. Una gran mayoría de los pacientes con carcinoma escamoso de cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe presentan un consumo excesivo de una o ambas sustancias. Existen múltiples estudios publicados que establecen dicha relación, tanto en el diagnóstico inicial como en el caso de recidivas o segundos tumores ^{1, 2, 3, 4}.

En este estudio, a parte de verificar la relación ya demostrada del tabaco y el alcohol con el CECC, pretendemos estudiar el tipo de consumo y los diferentes factores que condicionan una mayor dificultad para el abandono de estos hábitos tóxicos.

El carcinoma de células escamosas o epidermoide, es una neoplasia maligna que se origina en las células escamosas (imagen 1). Puede presentarse en aquellas zonas donde normalmente se encuentran las células escamosas, principalmente capa superficial de la piel y mucosas.

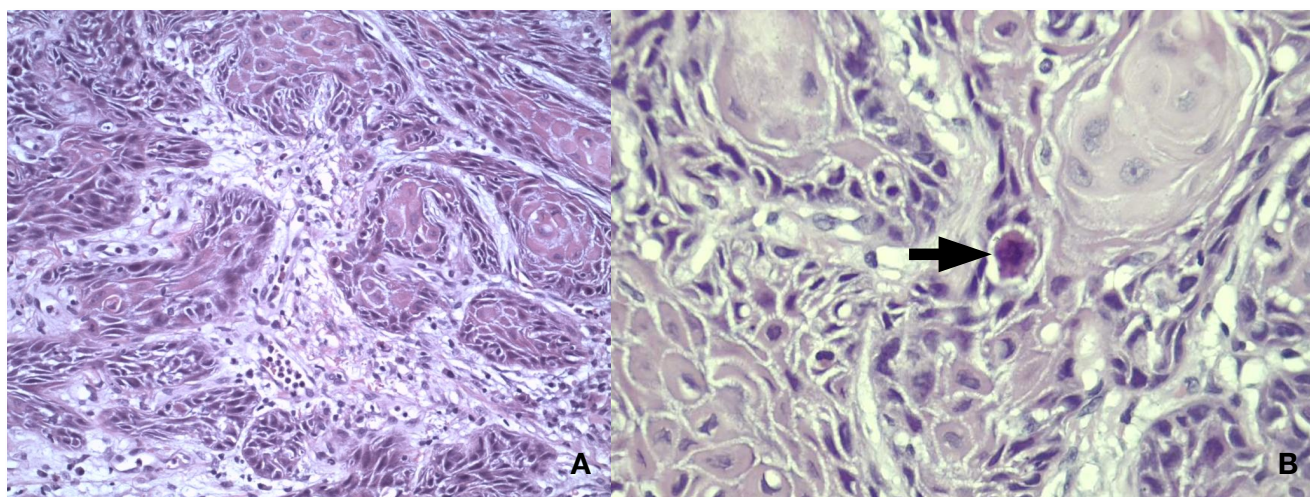


Imagen 1. Estudio anatomopatológico.

En la imagen A se muestra una preparación histológica teñida con Hematoxilina-Eosina donde se observan nidos irregulares de células atípicas con reacción desmoplásica del estroma adyacente. En la imagen B, a un aumento 20x, se observan estos nidos constituidos por células de tamaño grande, con núcleos irregulares, hiper cromáticos y citoplasmas densos, focalmente queratinizados, con presencia de puentes intercelulares. Ocasionalmente se identifican fenómenos de disqueratosis, conformación de perlas córneas y frecuentes mitosis (flecha). [Imagen cedida por el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Parc Taulí].

A nivel de la región de la cabeza y el cuello se puede desarrollar en múltiples localizaciones: senos paranasales, faringe, cavidad oral y glándulas salivares. Ciertas localizaciones presentan una relación clara con la exposición a factores irritantes como el tabaco y el alcohol, estas localizaciones son la cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe. Por otro lado, el carcinoma escamoso a nivel de la nasofaringe y la orofaringe también presenta relación etiológica con la infección por virus oncogénicos. El virus de Epstein-Barr (VEB) en el caso del carcinoma de nasofaringe y el virus del papiloma humano (VPH) en el carcinoma de la cavidad oral y de orofaringe ⁵.

A continuación, realizaremos un recuerdo de las zonas anatómicas que presentan una mayor relación etiológica con la exposición al tabaco y al alcohol ^{6, 7}.

La cavidad oral se divide en varias subunidades: labios, lengua móvil, suelo de la boca, paladar óseo, encía, cara interna de la mejilla y región retromolar (imagen 2). En este trabajo, sólo se abordan los tumores de la cavidad bucal estrictamente, excluyendo los labios.

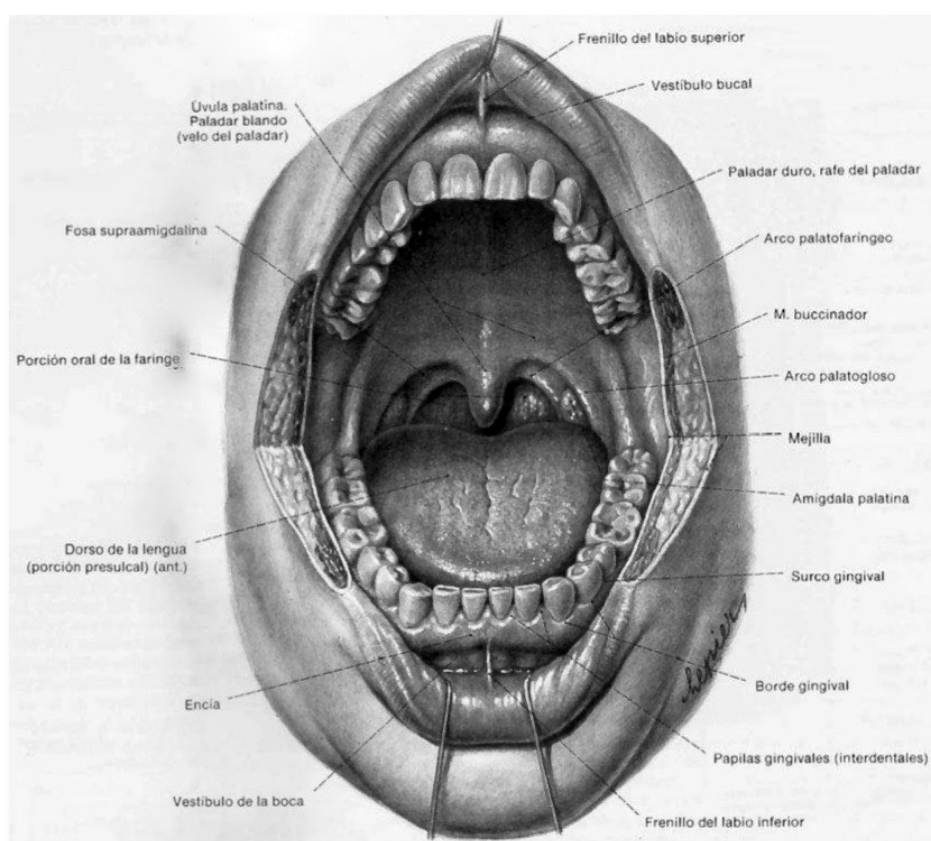


Imagen 2. Localizaciones anatómicas de la cavidad oral ⁸.

La orofaringe (imagen 3) corresponde a la porción bucal de la faringe, y está comprendida entre un plano horizontal que pasa por el velo del paladar y otro plano también horizontal que lo hace por el hioides. Queda separada de la cavidad oral por el *istmo de las fauces* o *faringobucal*.

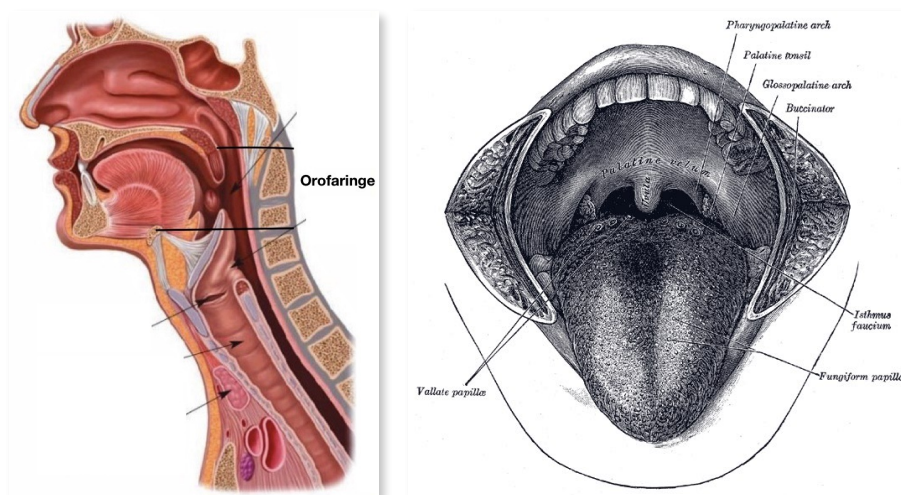


Imagen 3. Límites anatómicos de la orofaringe 9, 10.

Caudalmente a la orofaringe se encuentra la hipofaringe (imagen 4) que está limitada a su vez por dos planos horizontales, uno que pasa por el hioides y otro que pasa por el borde inferior del cartílago cricoides, a nivel de la sexta vértebra cervical. La pared anterior se relaciona con la laringe; con la epiglotis, el repliegue aritenoepiglótico, los aritenoides e inferiormente con la pared posterior y lateral del sello cricoideo. Estos elementos (salvo la epiglotis) forman el muro faringolaríngeo; la pared lateral de la hipofaringe corresponde a la vertiente interna del ala tiroidea. La pared posterior se relaciona en proximidad con los cuerpos vertebrales de la tercera, cuarta, quinta y sexta vértebra cervical. El extremo inferior forma un orificio de forma elíptica, donde se produce el tránsito hacia el esófago, conocido como la boca de Killian.

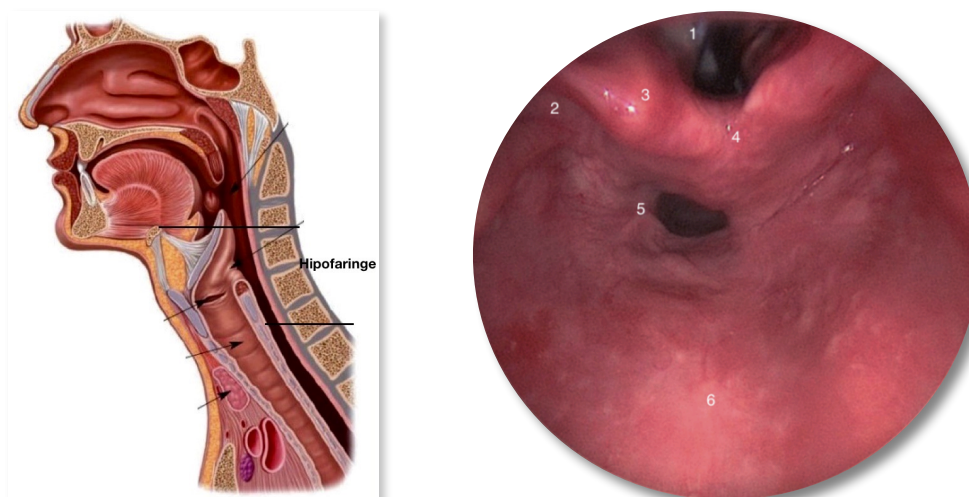


Imagen 4. Límites anatómicos de la hipofaringe ^{7, 9}.

1. Plano glótico; 2. seno piriforme izquierdo; 3. aritenoides izquierdo (laringe, plano supraglótico); 4. región retrocricoaritenoides; 5. boca de Killian; 6. pared posterior de la hipofaringe.

Por último, la laringe (imagen 5) es un órgano impar situado en la parte medial y anterior del cuello, se encuentra por debajo del hueso hioides y por encima de la traquea. Sus límites son inferiormente el borde inferior del cartílago cricoides, situado frente a la sexta vértebra cervical, y superiormente el borde superior del cartílago tiroides, situado frente al cuerpo vertebral de C4.

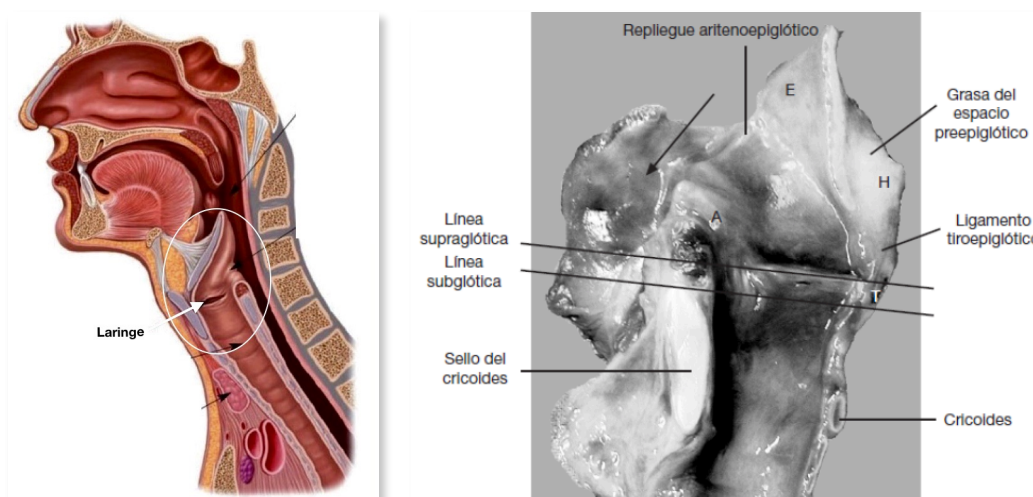


Imagen 5. Límites anatómicos de la laringe ^{6, 9}.

2.1. Tóxicos relacionados con el CECC

2.1.1. Alcohol

La primera evidencia de la preparación de bebidas alcohólicas apareció alrededor de 8000 a. de C., después de que el ser humano comenzara a cultivar y se estableciera en la vida sedentaria. Geográficamente estas evidencias se establecen en lo que se conoce como el Creciente Fértil, región que abarca la actual Irak, Siria, Líbano, Israel, Palestina, Jordania, Egipto, junto con la región sureste de Turquía y la franja occidental de Irán.

Más adelante, el consumo de alcohol siguió formando parte de las civilizaciones posteriores. En la antigua Grecia el vino era considerado una fuerza para el bien, una sustancia que permitía a las personas relajarse mientras elevaban sus mentes. En esta línea, el vino es protagonista en rituales de diferentes religiones como el Judaísmo y el Cristianismo, simbolizando la sangre de Cristo ¹¹.

El consumo de alcohol está muy arraigado en nuestra cultura, lo relacionamos con nuestras tradiciones y celebraciones. Por ello, en muchas ocasiones se catalogan como normales patrones de consumo que son claramente nocivos para la salud.

2.1.1.1. Consumo de alcohol en la actualidad

Según el informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud de 2018, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo total de alcohol per cápita en la población mundial mayor de 15 años aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en 2005 a 6,4 litros en 2010 y se mantuvo en un nivel de 6,4 litros en 2016. Los niveles más altos de consumo de alcohol per cápita se observan en países del Europa del Este, a pesar de que estos han presentado un descenso de consumo per capita en los últimos años, de 12,3 litros en 2005 a 9,8 litros en 2016.

Por el contrario, observamos un aumento del consumo de alcohol en países del Pacífico y del sudeste asiático y de aquí al 2025 se prevé que se siga esta tendencia.

A nivel mundial, el 44,8% del alcohol total registrado se consume en forma de bebidas espirituosas. Se conoce como bebida espirituosa aquella bebida alcohólica destinada al consumo humano y con un

grado alcohólico mínimo de 15 % vol. y que se obtiene bien directamente de la destilación, maceración o adición de azúcares a las materias primas agrícolas; ejemplos de bebidas espirituosas son el brandy, el whisky, el ron, la ginebra, el vodka, o los licores, entre otros. El segundo tipo de bebida más consumida es la cerveza (34,3%) seguida del vino (11,7%) (fig. 1) ¹².

En Europa, el consumo de bebidas espirituosas ha disminuido en los últimos años un 3%, mientras que el de vino y cerveza han aumentado ¹².

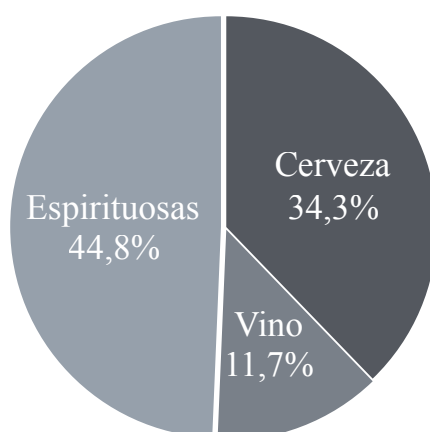


Figura 1. Consumo de alcohol per cápita según el tipo de bebida a nivel mundial. (+ 15 años) (litros de alcohol puro)

En la tabla 1 se muestra el consumo del alcohol en diferentes países de la unión europea ¹².

EUR	% Cerveza	% Vino	% Espirituosas	% Otros ¹	Litros del alcohol puro	Gramos de alcohol puro
Alemania	52,6	28,4	18,9	0	16,9	36,5
Francia	18,8	58,8	20,7	1,7	16,7	36,1
Italia	25,4	64,8	9,8	0	12	25,9
Portugal	26,1	61,5	7,7	4,7	17,8	38,4
Eslovenia	41,4	50,6	8	0	17,7	38,3
España	54,2	18	27,8	0	14,6	31,5
Suecia	36,4	47,8	14,1	1,7	12,5	27,1
Suiza	32,1	48,1	18,5	1,2	14,2	30,6
Turquia	57,6	8,6	33,8	0	28,5	61,7
Ucrania	42,3	5,4	51,5	0,8	13,8	29,9
Reino Unido e Irlanda del norte	35	35,7	22,5	6,7	15,6	33,7
Rusia	39	12,8	38,6	9,5	20,1	43,5
Uzbekistan	34,4	8,6	56,9	0	12,8	27,7

Tabla 1. Niveles de consumo de alcohol per cápita en diferentes países de la UE. (+ 15 años) (ambos sexos)

¹ El término de otras bebidas incluye vinos enriquecidos, vino de arroz u otras bebidas fermentadas a base de sorgo, millo o maíz.

El consumo total de alcohol per cápita en la población española mayor de 15 años fue de 10 litros de alcohol puro en 2016. En la figura 2 se muestra la distribución en porcentajes de las bebidas alcohólicas más consumidas en España ¹².

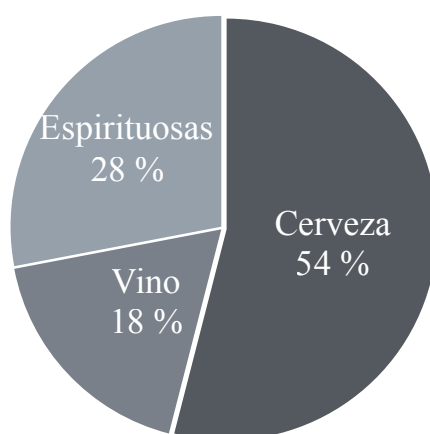


Figura 2. Consumo de alcohol per cápita según el tipo de bebida en España. (+ 15 años) (litros de alcohol puro)

Según el informe de 2020 realizado por el Observatorio Español de las Drogas y de las Adicciones, la prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable en niveles altos desde la década de los noventa. Destaca una tendencia descendente de los bebedores diarios desde 2001 y que alcanza en 2017 el valor mínimo de toda la serie histórica. El 75,2% de la población española mayor de 15 años ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,7% en los últimos 30 días y el 7,4% diariamente en los últimos 30 días ¹³.

La prevalencia de consumo del alcohol alguna vez en la vida se sitúa en la mayoría de las comunidades por encima del 90%, siendo Asturias y Baleares las que registran una mayor prevalencia (96,6%), mientras que Melilla obtiene la menor de las prevalencias en España (37,7%).

La Comunidad Valenciana, Baleares y Asturias son las comunidades autónomas que registran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días (en torno al 70%) (fig. 3) ¹⁴.

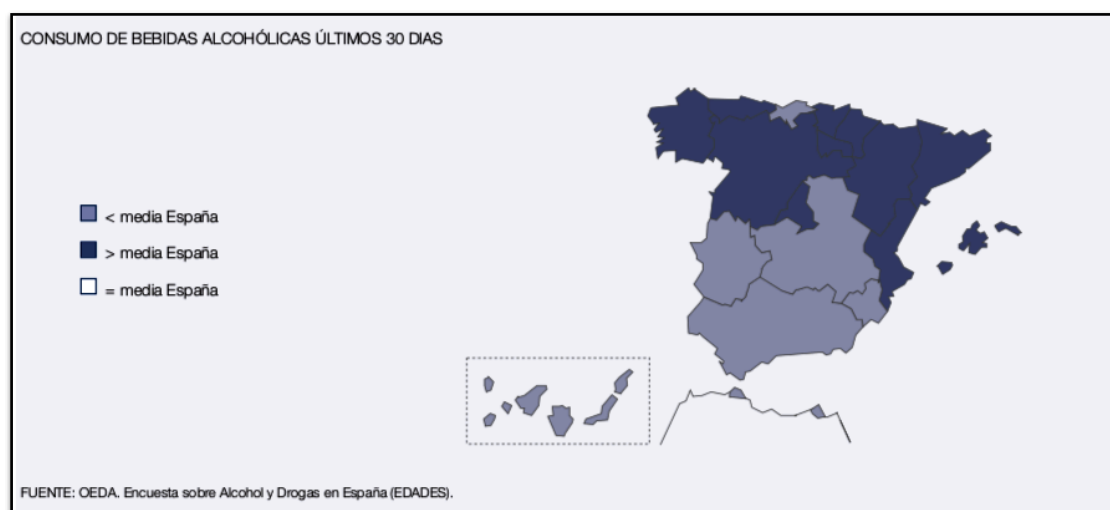


Figura 3. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días según la comunidad autónoma.

Atendiendo al sexo, el consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres. El 11,5% de los varones declara consumo diario de alcohol, mientras que el consumo diario entre las mujeres es de un 3,3%. El patrón de consumo diario es más extendido a medida que aumenta la edad (25,7% entre los hombres y 7,6% entre las mujeres de 55 a 64 años); este hecho se explica por el hábito de consumir bebidas alcohólicas con las comidas ¹⁴.

Son muchas las variables que influyen en el consumo de alcohol. En términos de género se ha visto que en la mayoría de países, los hombres con menor nivel educativo tienen mayor probabilidad de presentar consumo de riesgo y/o episodios de embriaguez grave. Sucede lo contrario en el caso de las mujeres, presentando un riesgo mayor aquellas con mayor nivel educativo y económico ¹².

Además, a medida que la sociedad prospera, existe una tendencia a que aumente el nivel de consumo de alcohol, a excepción de los países de mayoría musulmana. Un ejemplo, lo encontramos en la población de Vietnam, donde hubo un aumento del 50% en la producción de alcohol entre el 2002 y el 2016, y el consumo aumentó del 46% al 77% entre los varones y del 2% al 11% entre las mujeres. Por otra parte, a nivel individual existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la mortalidad atribuible al alcohol, siendo el daño por litro de alcohol sustancialmente mayor para aquellos económicamente más vulnerables ¹².

2.1.1.2. Alcohol y carcinogénesis

Múltiples estudios científicos han demostrado la asociación entre el consumo crónico de alcohol y la existencia de cáncer. Se estima que alrededor del 3.6% de todos los cánceres están asociados con el consumo de alcohol ¹⁵. En 2012, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer describió que tanto el etanol como su principal metabolito, el acetaldehído, son sustancias carcinógenas.

Sin embargo, los mecanismos implicados en los efectos carcinogénicos del alcohol aún no se comprenden por completo. Aunque los eventos más plausibles incluyen: el efecto genotóxico del acetaldehído, el aumento de la concentración de estrógenos, el estrés celular, la alteración del metabolismo del folato y la inflamación ¹⁶.

Los polimorfismos genéticos ALDH2 (acetaldehído deshidrogenasa 2) y ADH2 (alcohol deshidrogenasa 2) son especialmente comunes en las poblaciones asiáticas y están implicados en el metabolismo del alcohol, poniendo a esta población en un riesgo particular de CECC debido al consumo de alcohol ^{17, 18}.

En relación a la carcinogénesis, es bien sabido que el consumo conjunto de alcohol y nicotina desarrollan una acción sinérgica que tiene un efecto multiplicador sobre el riesgo de cáncer ¹⁹.

Diversos estudios demuestran que el CECC presenta una relación dosis dependiente con consumo de alcohol ^{20, 21, 22}. Además, según el estudio de Trigg et al, existe una relación estadísticamente significativa entre la dosis de tabaco y alcohol consumida y la probabilidad de ser diagnosticado de cáncer en estadios avanzados ²³.

El riesgo asociado al alcohol depende del consumo diario total, pero no de la naturaleza de la bebida alcohólica ^{19, 24}. Por otro lado, la actividad carcinogénica del alcohol no desaparece de forma inmediata tras el abandono de los hábitos tóxicos. Según el metaanálisis realizado por Aliasghar et al. ²⁵ el cese del consumo de alcohol se asocia a una reducción del riesgo de desarrollar carcinoma laríngeo o faríngeo de un 2% anual. Así, el tiempo necesario para conseguir una equivalencia del riesgo respecto a los que nunca han bebido es de 36 años para el carcinoma laríngeo y de 39 años para el carcinoma faríngeo. Sin embargo, a partir de los 5 años de cese del consumo de alcohol, ya existe una reducción de alrededor de un 15% para los carcinomas faríngeos o laríngeos.

Finalmente, el desarrollo de segundas neoplasias es una de las principales causas de la baja supervivencia de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y múltiples artículos demuestran que

existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la aparición de segundas neoplasias ^{26, 27}.

2.1.2.- Tabaco

La planta del tabaco es originaria de América. El tabaco se consumía por los nativos de América desde la época precolonial. Los mayas y los aztecas lo utilizaban con fines religiosos, políticos y medicinales. En el Caribe utilizaban el tabaco como droga alucinógena, y en Cuba los aborígenes lo llamaban *cohíba*.



Imagen 6. Secado de la hoja del tabaco.

El tabaco llegó a Europa a raíz del desembarco de Cristobal Colón en América, aunque se considera que fue Fray Román Pane el introductor oficial de la planta en Europa. A finales del siglo XVI el uso del tabaco se extendió a casi todos los rincones del mundo y socialmente fue aceptado gracias a Jean Nicot, embajador francés en Portugal entre 1559 y 1561. En honor al embajador francés, el botánico sueco Linneo designó al tabaco con el nombre de *Nicotiana Tabacum* en 1753.

La popularización y el consumo de tabaco se extendió durante los siguientes siglos y no fue hasta mediados del siglo XX cuando parte de la población empezó a ser consciente del papel perjudicial del tabaco para la salud. En 1954 se publicó en el *British Medical Journal (BMJ)* las primeras

investigaciones de los epidemiólogos Sir Richard Doll y Sir Bradford Hill que demostraban la relación entre fumar cigarrillos y el cáncer de pulmón ^{28, 29, 30}.

Finalmente, en 1982 la OMS instauró el día 31 de mayo como el Día Mundial sin Tabaco a fin de advertir sobre la epidemia del tabaco y sus efectos letales.

En 2008, la OMS presento un plan integrado de seis medidas de las cuales se desprende el nombre del informe MPOWER. Estas seis medidas son monitorizar el consumo de tabaco, realizar políticas de prevención, proteger a la gente del humo del tabaco, ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco, prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio, y aumentar los impuestos y los precios ³¹.

2.1.2.1. Consumo de tabaco en la actualidad

En el siglo XX el consumo de tabaco mató a 100 millones de personas, y actualmente fallecen más de 8 millones de personas al año. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco y alrededor de 1,2 millones son consecuencia del consumo indirecto o pasivo.

Se estima que el número de fumadores a nivel mundial a partir de los 15 años es de 942 millones en varones y 175 millones en mujeres. Como se muestra en la figura 4, casi tres cuartas partes de los hombres que fuman a diario viven en países con un índice de desarrollo humano (IDH) medio o alto, mientras que la mitad de las mujeres que fuman a diario viven en países con IDH muy alto (figura 5)

³².

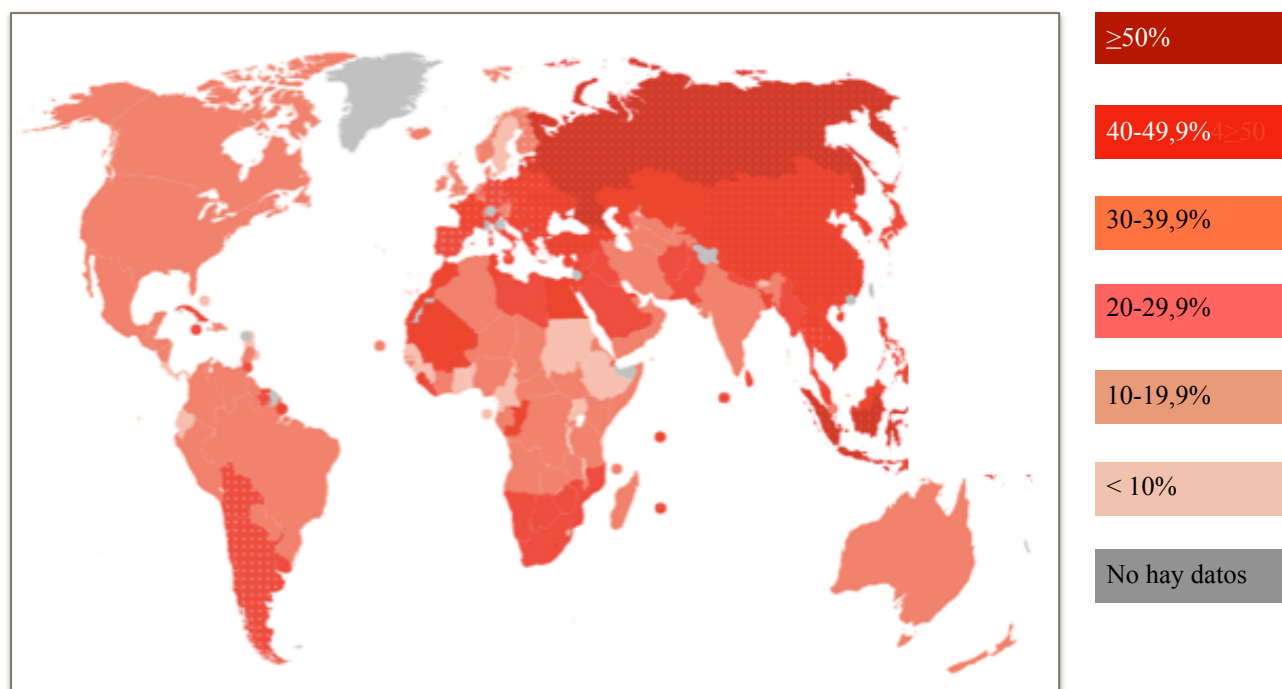


Figura 4. Porcentaje de varones que consumen tabaco a diario: edad ≥ 10 .

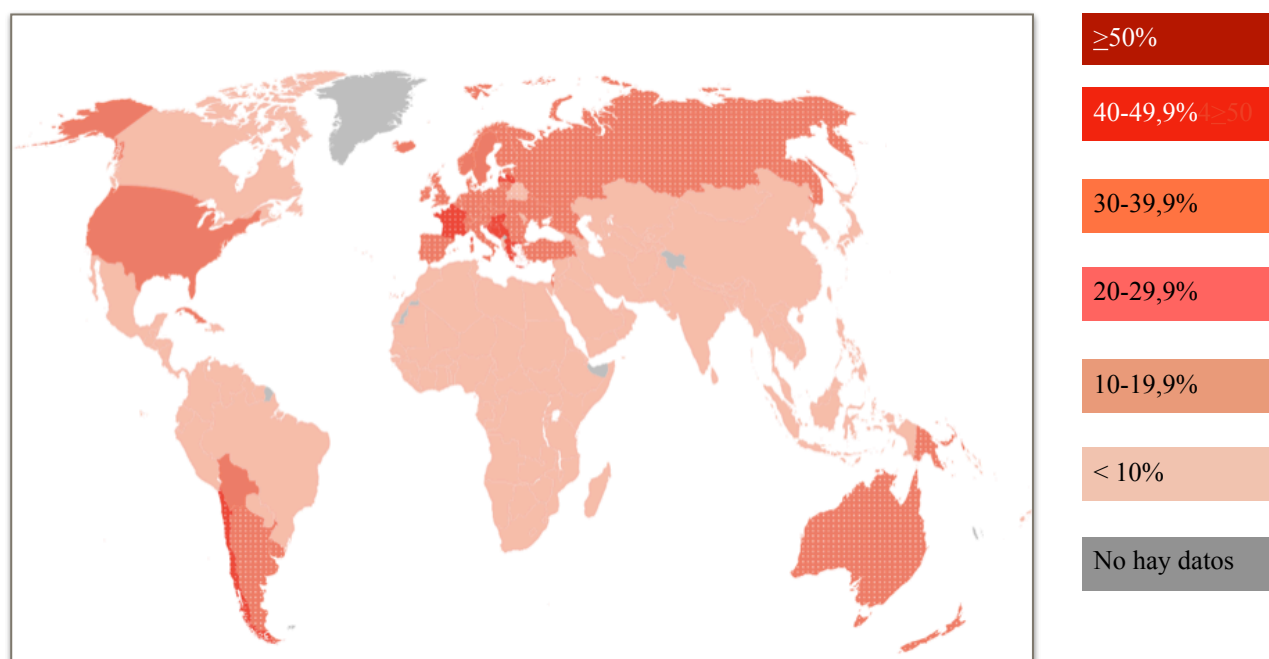


Figura 5. Porcentaje de mujeres que consumen tabaco a diario: edad ≥ 10 .

Sin embargo, la mayoría de países con IDH muy alto han experimentado una disminución del tabaquismo masculino a partir de la década de los 50. En los países con IDH medio/alto esto se ha observado sobre todo desde principios del siglo XXI.

Por el contrario, el consumo femenino no ha seguido esta tendencia. En países con IDH bajo-medio se ha visto un incremento del tabaquismo entre las mujeres jóvenes, siendo más común incluso que entre los varones adolescentes ³².

Por otro lado, los países con IDH bajo han experimentado un aumento reciente de la prevalencia. Esto se debe al aumento de los ingresos, así como a estrategias de marketing agresivas y políticas de control más laxas. En la figura 6 podemos observar los cambios de consumo en diferentes regiones del mundo entre 1980 y 2016 ³².

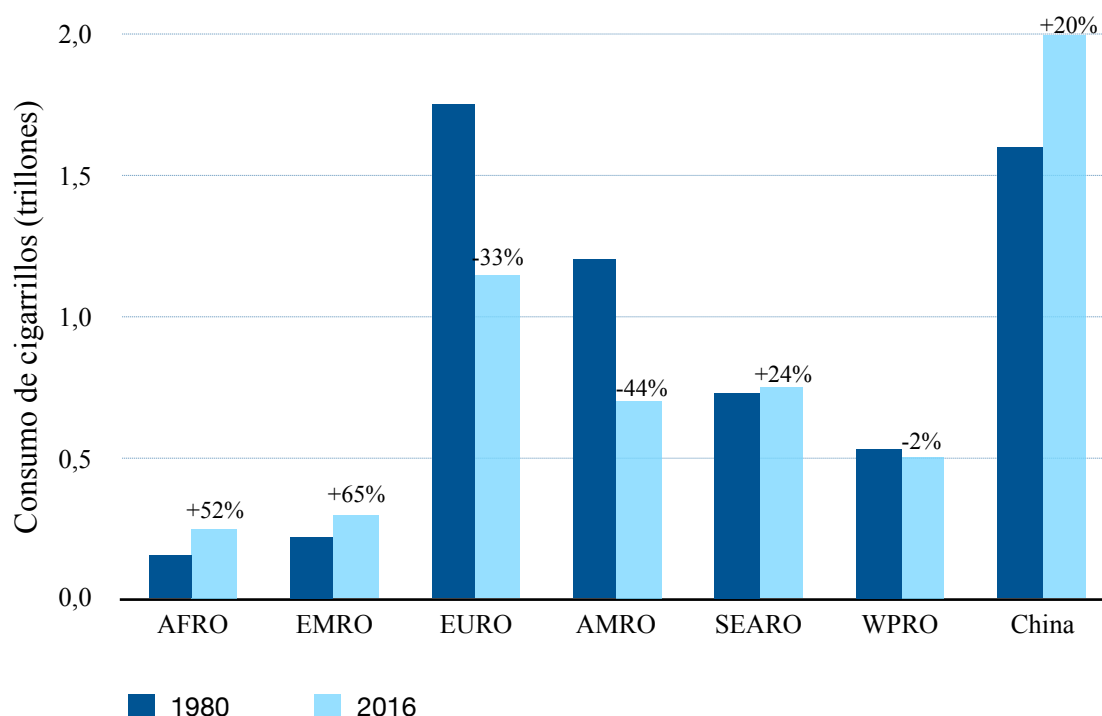


Figura 6. Consumo anual de cigarrillos y porcentaje del cambio 1980-2016.

Región de África (AFRO), Región del mediterráneo este (EMRO), Región de Europa (EURO), Región de las Américas (AMRO), Región de Asia Sudoriental (SEARO), Región del Pacífico Occidental (WPRO), China.

Por detrás del alcohol, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años. La edad media de inicio de consumo se sitúa entre 16,4 y 16,7 años. El consumo de tabaco diario es más frecuente entre los hombres independientemente de la edad, consumiendo de media alrededor de 2 cigarrillos más al día que la mujeres.

El consumo de tabaco diario entre la población de 15-64 años presenta una prevalencia media de un 34% en España. Asturias (42,1%), Extremadura (39,1%) y la Comunidad Valenciana (38,3%) son las comunidades con una mayor prevalencia de consumo diario (fig. 7) ¹⁴.

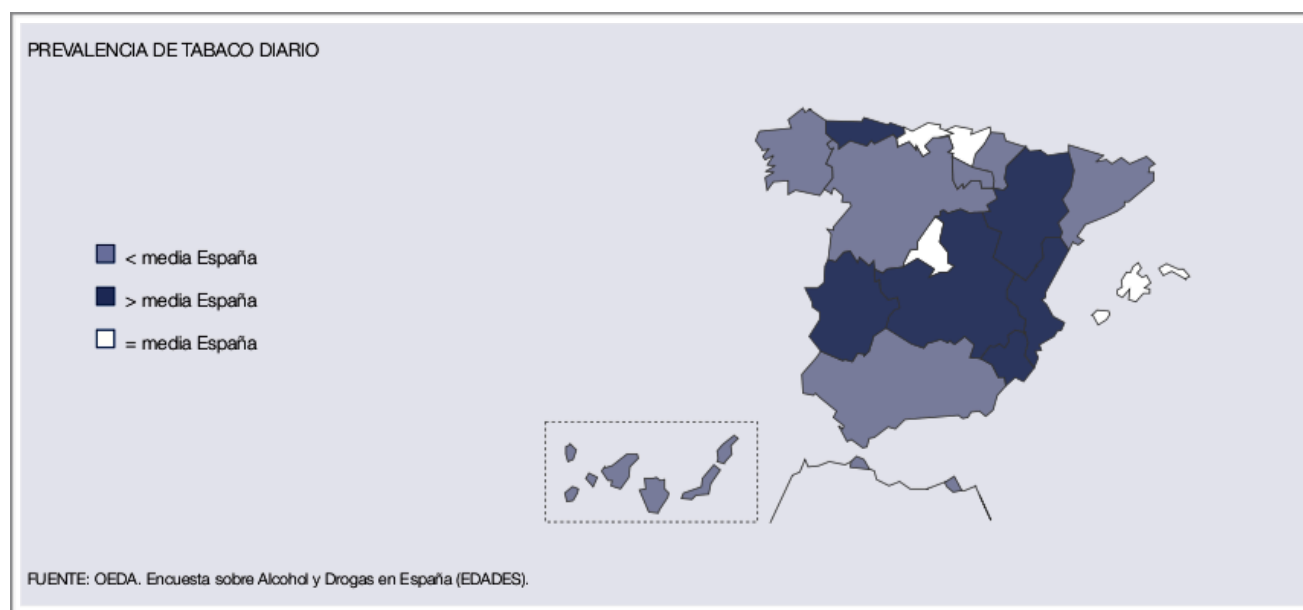


Figura 7. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días según la comunidad autónoma.

Entre los consumidores de tabaco, un 67,1% se ha planteado dejar de fumar. Cuando diferenciamos por sexo, son las mujeres las que en mayor medida se lo han planteado ¹⁴.

Existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y el consumo de tabaco. En líneas generales, las tasas de tabaquismo son altas entre los desempleados de larga duración, las personas sin hogar, los enfermos mentales, los presos, los padres solteros y algunos grupos de inmigrantes y minorías étnicas ³³.

En relación con el nivel educativo, se ha observado que aquellos individuos con estudios universitarios presentan un menor consumo de tabaco ³⁴.

2.1.2.2. Tabaco y carcinogénesis

El CECC es uno de los múltiples cánceres asociados con el consumo de tabaco. A diferencia de lo que sucedía con el alcohol, sí que existen diferencias en el desarrollo de cáncer según las características del tabaco consumido. Según el estudio llevado a cabo por Franceschi et al. los fumadores de pipa y de puros presentan un mayor riesgo de cáncer de cavidad oral y de esófago que los fumadores de cigarros ³⁵.

Además, al igual que sucedía con el alcohol, la actividad carcinogénica del tabaco no desaparece de forma inmediata tras el abandono del mismo. Es a partir de los 10 años de la supresión del hábito tabáquico cuando el riesgo de los exfumadores se equivale al de los que nunca han fumado ³⁶.

Por otro lado, el tabaquismo durante el tratamiento radioterapéutico se ha relacionado con una menor supervivencia, un menor control locoregional y con un menor tiempo libre de enfermedad en comparación con aquellos que no fumaban ³⁷. Múltiples teorías se han propuesto para justificar el porqué fumar durante el tratamiento radioterapéutico se relaciona con un peor pronóstico. Una de las teorías más aceptadas es el efecto del tabaco para provocar una hipoxia crónica que disminuye la eficacia de la radioterapia, la cual depende de la oxigenación por la producción de radicales libres ³⁸. Sin embargo, estudios recientes muestran que los carcinomas de cabeza y cuello relacionados con el virus del papiloma humano presentan un mejor pronóstico y una mejor respuesta a la radioterapia, esto puede ser unas de las razones por las que encontramos diferencias en la respuesta entre los pacientes que fuman y los que no, durante el tratamiento radioterapéutico ³⁶.

Al igual que sucedía con el alcohol, existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco y la aparición de segundas neoplasias ^{26, 27}.

Sin embargo, aunque el CECC frecuentemente se observa en los consumidores de tabaco, muchos fumadores no desarrollan carcinomas, y las diferencias relacionadas con la carcinogénesis entre fumadores con y sin CECC están poco estudiadas hasta la fecha. Algunos fumadores pueden ser inherentemente más susceptibles a desarrollar carcinomas debido a los patrones de consumo de tabaco, al metabolismo innato de los carcinógenos, a la excreción alterada o a la variación en el daño y la reparación del ADN. Un mayor estudio del papel de los carcinógenos específicos en el CECC es necesario para determinar los mecanismos del cáncer inducido por el tabaco y así poder identificar

aquellos fumadores que corren un mayor riesgo de CECC, ya que se beneficiarían de estrategias dirigidas para dejar de fumar ⁴⁰.

El humo del cigarrillo es una mezcla compleja que consta de más de 4500 sustancias químicas. Entre ellas se encuentran las nitrosaminas específicas del tabaco (TSNA) ⁴¹. Las TSNA son carcinógenos que se forman a partir de la nicotina y compuestos relacionados mediante una reacción de nitrosación que se produce durante el procesamiento del tabaco. Las TSNA están constituidas por la 4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanona (NNK) y la N'-nitrosonornicotina (NNN). Se ha demostrado una asociación entre los altos niveles urinarios de NNN y NNK, y un mayor riesgo de carcinoma de esófago y pulmón respectivamente ⁴². Aunque los niveles de biomarcadores urinarios son una medida de la exposición a carcinógenos, la medición de los aductos de ADN representa una oportunidad para evaluar directamente el alcance del daño en el ADN causado por los carcinógenos del tabaco. Un aducto de ADN es un segmento de ADN unido a una sustancia química que causa cáncer. Los aductos de ADN interrumpen la estructura de doble hélice del ADN y requieren reparación. Por ello, la formación de aductos de ADN en loci susceptibles, como en los protooncogenes, pueda conducir a carcinogénesis.

La activación metabólica de NNK y NNN conduce a la formación de aductos de ADN de piridiloxobutilo (POB) (fig. 8) ^{43, 44}. En condiciones de hidrólisis ácida fuerte, los aductos de ADN-POB pueden descomponerse para liberar 4-hidroxi-1-(3-piridil)-1-butanona (HPB). Existen estudios que han analizado estos aductos utilizando pequeñas cantidades de ADN extraído de células de la cavidad oral ⁴². Los niveles HPB en el ADN de las células bucales de fumadores con y sin CECC mostraron niveles de aductos significativamente más altos en los casos de CECC en comparación con los fumadores sin cáncer.

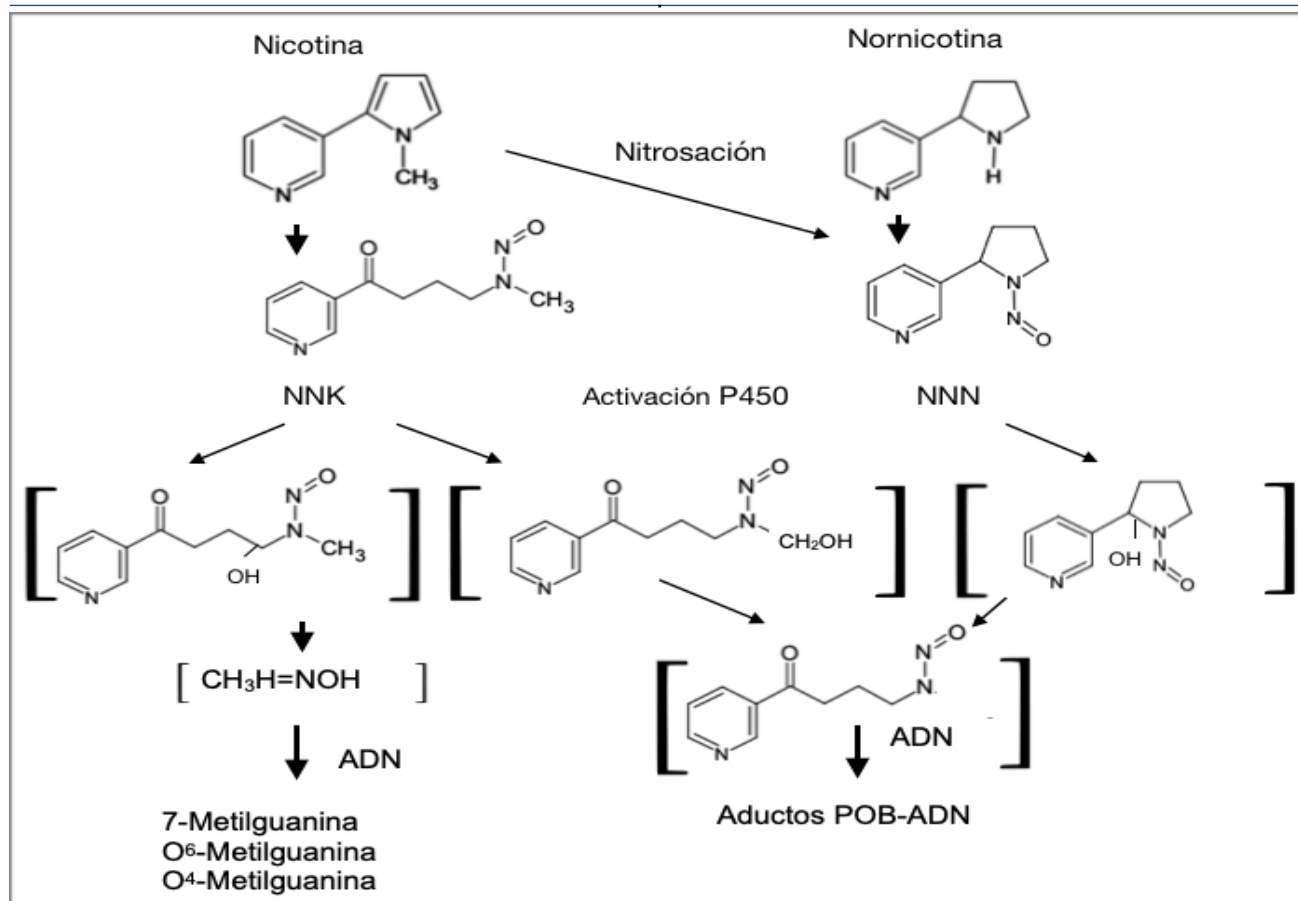


Figura 8. Ilustración esquemática de las vías del metabolismo NNK y NNX y formación de aductos de ADN determinada por estudios en animales de laboratorio y humanos.
NNK: 4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanona, NNN: N'-nitrososornicotina.

Por otro lado, la unión de NNK y NNN al receptor nicotínico de acetilcolina promueve el crecimiento tumoral al mejorar y desregular la proliferación, supervivencia, migración e invasión celular, creando así un microambiente para el crecimiento tumoral ⁴³.

2.2. Desintoxicación y deshabituación alcohólica

Como ya se ha explicado en los apartados anteriores, el alcohol es uno de los principales factores etiológicos del CECC. Por ello, tras el diagnóstico de CECC a todos los pacientes se les aconseja la abstinencia del consumo enólico. Sin embargo, entre el 40-50% de los pacientes continúa consumiendo tras el diagnóstico y tratamiento de CECC ⁴⁶.

Una de las preguntas que nos pueden surgir es por qué les cuesta tanto a los pacientes conseguir la abstinencia alcohólica o reducir el consumo. Para responder a esta pregunta no podemos olvidar que el alcoholismo es un trastorno mental y como tal está recogido en la última actualización de la

sociedad americana de psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.

En el DSM-5 los conceptos de consumo perjudicial, abuso y dependencia se han unificado en único diagnóstico, de trastorno por consumo de alcohol, que puede ser leve, moderado y grave, con los siguientes criterios diagnósticos ⁴⁷:

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La gravedad viene definida por el número de criterios que se cumplen: leve (presencia de 2–3 síntomas), moderado (4–5 síntomas) y grave (6 o más síntomas).

Tabla 2. Criterios Diagnósticos DSM-5.

La CIE-10 ⁴⁸ (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) organiza los diagnósticos entorno a dos trastornos:

Consumo Perjudicial
Implica una forma de uso que afecta a la salud física (p.ej.: daño hepático) y/o psíquica (p. ej.: cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin que haya síntomas de dependencia.
Síndrome de Dependencia
Consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

Tabla 3. Trastornos mentales por consumo de sustancias según CIE-10.

El tratamiento del alcoholismo basado en la abstinencia consta de dos fases bien diferenciadas: la desintoxicación y la deshabituación.

El proceso de desintoxicación suele durar de 1-3 semanas, mientras que la deshabituación completa comprende un periodo de 5 años. En pacientes con intentos infructuosos de abstinencia, pacientes poco motivados y en pacientes con un bajo grado de dependencia se puede plantear un tratamiento dirigido hacia la reducción del consumo de alcohol.

2.2.1. Desintoxicación y síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas y signos que pueden o no presentarse cuando un individuo reduce o detiene el consumo de alcohol y puede suponer un riesgo vital, sobre todo si se asocia a otras complicaciones orgánicas graves típicas del alcoholismo como la cirrosis o la miocardiopatía.

La clínica se inicia entre las 5 y 10 horas de interrumpir la ingesta y se caracteriza por los siguientes síntomas y signos: temblor de manos, hipertermia, hiperactividad autonómica, insomnio, ansiedad, temblor, taquicardia, síntomas gastrointestinales, agitación, alteraciones en el contacto con los

demás, alucinaciones, ideas delirantes e incluso crisis convulsivas; alcanza su máximo a los 2-3 días, cediendo a la semana.

En el 5% de los casos se produce el cuadro más grave, el *delirium tremens* (*delirium* por abstinencia alcohólica). Cursa con un síndrome confusional con desorientación, alteraciones perceptivas, como ilusiones y alucinaciones de gran intensidad y vivencias angustiosas, sobre todo visuales (son típicas las microzoopsias). En ocasiones se asocia con delirios (tipo ocupacional), con clínica vegetativa (fiebre, sudoración, taquicardia...) y con posibles convulsiones, que son marcadores de gravedad con una de mortalidad del 10-20% sin tratamiento.

El objetivo de la desintoxicación es ayudar al paciente a superar el posible síndrome de abstinencia. Para muchos pacientes este es un obstáculo insuperable que les impide abandonar el consumo enólico sin ayuda sanitaria.

La desintoxicación no siempre se realiza con cobertura farmacológica. En algunos casos basta con aislar al paciente del tóxico y esperar su completa eliminación. Sin embargo, cabe recordar que el síndrome de abstinencia no se puede predecir, por lo que muchos autores recomiendan el uso de fármacos de forma preventiva en todas las desintoxicaciones.

La benzodiacepinas (BZD) presentan una tolerancia cruzada con el alcohol, por ello son, en la mayoría de casos, el fármaco de elección para tratar la desintoxicación enólica. Ninguna BZD ha demostrado una eficacia superior a las otras, la elección de una u otra BZD está determinada por otros aspectos tales como si el tratamiento se realizará de forma ambulatoria o con ingreso hospitalario, el tipo de metabolización hepática, etc.

2.2.2. Deshabitución

Una vez completada la desintoxicación (es decir, una vez pasada la abstinencia), el paciente entra en la fase de deshabitución. Es el proceso donde el paciente tiene que aprender a vivir sin alcohol. La deshabitución alcohólica comprende estrategias psicoterapéuticas y estrategias farmacológicas.

Por un lado, el tratamiento psicológico basado en la entrevista motivacional y en la terapia cognitivo conductual son los que reúnen más evidencia científica en la actualidad. Además, existen varios fármacos aprobados en la Unión Europea para el tratamiento de la dependencia alcohólica: el disulfiram, la naltrexona, el acamprosato, el nalmefeno y el oxibato sódico.

El disulfiram o ANTABÚS® es un fármaco inhibidor de la aldehído deshidrogenasa que produce que a los pocos minutos de la ingesta de alcohol haya una acumulación de acetaldehído con importantes efectos histaminérgicos (intensa sensación de malestar y de ahogo, náuseas, rubefacción, sudoración, hipotensión, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa...) que duran entre 30-60 min.

Por otro lado, la naltrexona es un antagonista opioide que reduce el deseo de consumir alcohol, es un fármaco *anti-craving* o anti-anhelos.

2.3. Desintoxicación y deshabitación tabáquica

El tabaco es uno de los principales factores etiológicos del CECC y de igual manera que sucede con el alcohol, tras el diagnóstico de CECC a todos los pacientes se les aconseja la abstención del consumo tabáquico. Sin embargo, entre un 20-60% de los pacientes continúan fumando tras el tratamiento.

Esto se explica porque la nicotina es la sustancia con mayor poder adictivo y letal entre todas las sustancias que son capaces de generar dependencia. La nicotina se une de forma preferente a los receptores nicotínicos de acetilcolina en el sistema nervioso central. La nicotina produce una liberación de dopamina en el núcleo *accumbens* (área de recompensa) y produce una sensación de placer y calma.

Tanto el manual DSM-5 ⁴⁷ de la Asociación de Psiquiatría Americana, como la clasificación CIE-10 ⁴⁸, incluyen los trastornos relacionados con el uso de nicotina en los trastornos relacionados con el uso de sustancias. En la siguiente tabla se describen los criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de tabaco según el DSM-5.

Consumo que provoca un deterioro o malestar significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Consumo en cantidades superiores o por un tiempo más prolongado del previsto.
2. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4. Ansia, deseo o necesidad de conseguir tabaco.
5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco.
7. Abandono o reducción de actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Continuar el consumo a pesar de saber que existe un problema físico o psicológico, posiblemente exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por: a. Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco. b. Se consume tabaco (o nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
La gravedad viene definida por el número de criterios que se cumplen: leve (presencia de 2–3 síntomas), moderado (4–5 síntomas) y grave (6 o más síntomas).

Tabla 4. Criterios Diagnósticos DSM-5.

El síndrome de abstinencia tabáquica se caracteriza por la aparición de cuatro o más de los siguientes síntomas tras el cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco en las primeras 24 horas: irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, aumento de apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido y/o insomnio. Aproximadamente el 50% de los fumadores experimentan en algún momento el síndrome de abstinencia al tabaco.

Se estima que el 70% de los fumadores quieren dejar de fumar y más de la mitad lo han intentado al menos una vez en el último año. Sin embargo, sólo el 30% de los fumadores buscan ayuda. Al año de dejar de fumar sólo entre el 3-6% de los pacientes consiguen la abstinencia tabáquica sin ayuda profesional. Sin embargo, estas tasas aumentan hasta el 30% si el paciente recibe apoyo profesional adecuado. La combinación de intervenciones psicológicas y de tratamiento psicofarmacológico es el abordaje más efectivo para dejar de fumar. Tanto las intervenciones individuales como grupales aumentan las tasas de abandono del hábito tabáquico y todas ellas son superiores a las intervenciones de autoayuda. Asimismo, las intervenciones telefónicas y por web también han demostrado efectividad.

El objetivo del tratamiento farmacológico es el de reducir los síntomas de abstinencia y de este modo conseguir la interrupción del consumo. Actualmente, los tratamientos considerados de primera línea son: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en sus distintas presentaciones, y el tratamiento farmacológico de prescripción médica, bupropión y la citisina (Todacitan ®), siendo la citisina el tratamiento de primera elección.

La TSN se define como la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de cigarrillos (chicles, parches, spray), en una cantidad suficiente como para atenuar los síntomas de síndrome de abstinencia y al mismo tiempo insuficiente como para generar dependencia. La TSN es un tratamiento que ha demostrado su eficacia en multitud de ensayos clínicos y metaanálisis ⁴⁹.

El bupropión es un antidepresivo tricíclico con acción dopaminérgica. Actúa a nivel del núcleo *accumbens* inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explica la reducción del *craving* que los fumadores experimentan cuando lo utilizan. Se ha encontrado que este efecto es significativamente mayor en fumadores con un especial genotipo: DRD2-TAQ 1 A2/A2. Dicho gen codifica la expresión de receptores dopaminérgicos D2. También inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el núcleo *coeruleus*, consiguiendo con ello una reducción significativa de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina ⁴⁹.

La citisina es un alcaloide vegetal que compite con la nicotina por los mismos receptores y la desplaza gradualmente. Se comporta como un agonista y antagonista a la vez de los receptores nicotínicos. Su acción agonista permite una reducción paulatina de la dependencia de la nicotina mediante el alivio de los síntomas de abstinencia y su acción antagonista favorece que el sujeto no

obtenga placer si padece una recaída. Esta doble acción es idéntica a la que tiene la vareniclina (Champix®).

Los criterios de financiación de la citisina por el Sistema Sanitario español son los siguientes:

- Los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituación tabáquica.
- Motivación expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año.
- Fumar 10 cigarrillos o más al día y tengan además, un alto nivel de dependencia calificado por el Test de Fagerström > o igual 7.
- Se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico. El tratamiento será como máximo hasta 25 días (un envase), tal y como está descrito en ficha técnica.

A continuación, presentamos las opciones terapéuticas por orden de preferencia en diferentes tipos de fumadores, según el consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo en España ⁴⁹ :

Grupo 1. Fumadores sin comorbilidades asociadas

- Primera opción terapéutica: citisina o TSN combinada
- Segunda opción terapéutica: bupropión

Grupo 2. Fumadores con enfermedades crónicas, independientemente de su grado de severidad, pero controladas y estables, entre ellas: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma u otras enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares, enfermedades digestivas y hepáticas, pacientes polimedicados o pacientes alcohólicos o con tras drogodependencias.

- Primera opción terapéutica: citisina o TSN combinada
- Segunda opción terapéutica: bupropión

Grupo 3. Fumadores con enfermedades neuropsiquiátricas, independientemente de su grado de severidad, pero estables y controladas

- Primera opción terapéutica: TSN combinada o bupropión
- Segunda opción terapéutica: citisina

Grupo 4. Fumadores con enfermedad renal, independientemente de su grado de severidad, pero estable y controlada

- Primera opción terapéutica: TSN combinada o bupropión
- Segunda opción terapéutica: citisina

Grupo 5. Fumadoras embarazadas o en periodo de lactancia

- Primera opción terapéutica: TSN, chicles o parches de nicotina 15mg

3. Hipótesis y objetivos

La hipótesis inicial de nuestro estudio es que existe relación entre las diferentes variables estudiadas y la probabilidad de abandono de hábitos tóxicos.

Es posible que ciertas variables como el tratamiento recibido, el grado de apoyo social, los antecedentes familiares de consumo de tóxicos y el nivel sociocultural del paciente se asocien a una mayor persistencia de los hábitos tóxicos. Consideramos que conocer las variables que se relacionan con una mayor dificultad para el cese de los hábitos tóxicos es importante para llevar a cabo terapias de deshabituación más específicas y más efectivas para el paciente.

Como objetivos concretos del presente estudio nos planteamos:

1. Determinar el porcentaje de pacientes que continúan consumiendo tabaco y/o alcohol tras el diagnóstico del carcinoma escamoso de cabeza y cuello (CECC).
2. Analizar las variables relacionadas tanto con la persistencia (aquellos pacientes que nunca dejaron el consumo) como con la recaída (aquellos que dejaron el consumo pero volvieron a consumir) para el consumo de tabaco y alcohol tras el diagnóstico de CECC.
3. Detectar aquellas variables que se relacionan con un mayor riesgo de persistencia y reincidencia del consumo.

4. Material y métodos

4.1. Consideraciones éticas

El presente trabajo es un estudio observacional transversal que consiste en la recogida de diferentes variables para estudiar la relación de las mismas con el cese de los hábitos tóxicos en pacientes diagnosticados de CECC. La conducta a seguir en estos pacientes no fue modificada con fines didácticos ni científicos relacionados con este trabajo. La realización del estudio fue evaluada y autorizada por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Valencia (Expediente: 12/2020). Los pacientes incluidos firmaron un consentimiento informado (anexo 1) para participar en el estudio.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios indicados en la Declaración de Helsinki.

4.2. Selección de pacientes

Para realizar el estudio se han recogido 133 pacientes diagnosticados de CECC en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Universitario de Valencia. De forma aleatoria se incluyeron todos aquellos pacientes que acudían a revisiones oncológicas periódicas en el servicio de otorrinolaringología y en los que había transcurrido un mínimo de dos años desde que finalizaron el tratamiento oncológico.

Los criterios de inclusión para los pacientes considerados en el presente estudio fueron:

1. Diagnóstico anatomopatológico confirmado de carcinoma escamoso.
2. Localización del tumor: cavidad oral, orofaringe, hipofaringe o laringe.
3. Haber finalizado el tratamiento oncológico en un periodo mínimo de 2 años.

4.3. Recogida de datos

A todos los pacientes incluidos en el estudio se les entregaba un cuestionario donde se recogían diferentes variables a estudio. El cuestionario constaba de una parte que era rellenada por el investigador; datos en relación a la neoplasia, localización, estadiaje, tratamiento y seguimiento; y el resto del cuestionario era contestado por el propio paciente de forma autónoma y si surgía alguna duda el médico que entregaba el cuestionario le explicaba la forma de responder. El tiempo necesario para contestar el cuestionario por parte del paciente era de aproximadamente 15 minutos.

Los datos del cuestionario que debían ser rellenados por el investigador se obtuvieron de la historia clínica y fueron los siguientes:

► Edad en el momento del diagnóstico

► Sexo del paciente:

♀: mujer

♂: hombre

► Localización del tumor:

Cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y/o laringe.

► Estadiaje TNM:

Estadiaje tumoral en el momento del diagnóstico según la octava edición de la clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC-TNM).

► Actitud terapéutica:

Se describe la actitud tomada en cada caso, pudiendo ser cirugía, radioterapia, quimioterapia, cirugía con radioterapia adyuvante, cirugía con quimioradioterapia adyuvante, o bien tratamiento exclusivo con quimioradioterapia.

► Tipo de técnica quirúrgica

► Existencia de recidiva: Sí/No

Seguidamente los pacientes cumplimentaban el resto del cuestionario donde se recogían los datos que se exponen a continuación:

► Antecedentes personales y familiares de consumo de tabaco y alcohol, y tipo de consumo

- ▶ Estado civil
- ▶ Nivel educativo
- ▶ Profesión
- ▶ Grado de ansiedad y depresión, medido mediante la escala EADG
- ▶ Grado de apoyo social, según el cuestionario MOS
- ▶ Grado de dependencia a la nicotina, según el test de Fagerström y el test de Glover-Nilsson
- ▶ Grado de dependencia al alcohol, mediante el test Audit y la escala EIDA

Una vez cumplimentados los cuestionarios, tanto por parte del paciente como por el investigador, se procedía a cuantificar los valores obtenidos en los diferentes cuestionarios/escalas.

A continuación, se explican detalladamente los diferentes instrumentos para evaluar el consumo de alcohol y de tabaco, así como los diferentes cuestionarios y la manera de puntuar cada uno de ellos.

4.4. Instrumentos para evaluar el consumo de alcohol y tabaco

4.4.1. Unidades de Bebida Estándar (UBE)

En el cuestionario el paciente contestaba la cantidad y el tipo de bebida alcohólica que consumía de forma habitual y con esta información se calculó el número de unidades de bebida estándar (UBE) que consumía a la semana. La unidad utilizada fueron los UBEs y no los gramos de alcohol, ya que es la medida más utilizada tanto en la literatura, como por los especialistas en adicciones durante la práctica clínica habitual.

Una UBE equivale a 10 gramos de alcohol en España y en Estados Unidos, mientras que en el resto de Europa equivale a 8 gramos. A continuación mostramos las equivalencias de las bebidas más comunes que se utilizaron para realizar dicho cálculo:

Cerveza (5% alcohol):

- 1 botellín (250 ml), caña: 1 UBE
- 1 tercio (330 ml): 1,5 UBEs
- 1 litro: 4 UBEs

Sidra (5% alcohol):

- 1 botella: 4 UBEs.

Vino o cava (12% alcohol):

- 1 vaso o copa (100 ml): 1 UBE
- 1 litro: 10 UBEs

Vino generoso, jerez, vermut (18% alcohol):

- 1/2 vaso o copa (50 ml): 1 UBE
- 1 vaso o copa (100 ml): 2 UBEs
- 1 litro: 15 UBEs

Destilados (40-50% alcohol):

- 1 carajillo o un chupito (25 ml): 1 UBE
 - 1 copa o combinado (50 ml): 2 UBEs
 - 1 litro: 40 UBEs
-

Además, en función de UBEs/semana, separamos el consumo en tres grupos: bajo riesgo, peligroso y de riesgo. El consumo de riesgo se define como:

- Hombres: más de 28 UBEs/semana o 6 UBEs/24 horas al menos 1 vez/mes.
- Mujeres: más de 17 UBEs/semana o 5 UBEs/24 horas al menos 1 vez/mes.
- Cualquier grado de consumo si: antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia.

4.4.2. Índice de paquetes- año (IPA)

Por otro lado, para cuantificar el consumo de tabaco se utilizó el índice de paquetes años que se define como el número de cigarrillos que fuma al día multiplicado por número de años que lleva fumando, y dividido entre 20.

$$\text{IPA} = (\text{n}^\circ \text{ cigarros día} \times \text{años fumados})/20$$

4.5. Escalas y cuestionarios

4.5.1. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg-EADG

Para evaluar el grado de ansiedad y depresión del paciente en el momento del diagnóstico se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg-EADG ⁵⁰. Esta escala fue concebida para permitir la detección de los trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: la ansiedad y la depresión. Su sencillez y sus elevados valores de sensibilidad y especificidad han hecho que haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos.

La prueba consta de dos sub-escalas: una de ansiedad y otra de depresión. Cada sub-escala tiene 9 ítems de repuesta dicotómica (Sí/No) y se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtienen respuestas positivas en las preguntas de despistaje (2 o más para la ansiedad y 1 o más para la depresión) ⁵¹.

Los puntos de corte son ⁵⁰:

- ≥ 4 puntos para la ansiedad.
- ≥ 2 puntos para la depresión.

Para estos puntos de corte la EADG ofrece una sensibilidad del 83%, una especificidad del 81,8% y un valor predictivo positivo de 95,3%.

4.5.2. Cuestionario MOS de apoyo social

Otra variable que quisimos estudiar para valorar si tenía relación o no con el cese de los hábitos tóxicos fue el grado de apoyo social del paciente, para ello utilizamos el cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey). Este cuestionario fue propuesto y validado por Sherbourne y Stewart en 1991, y actualmente constituye uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional. De hecho, está adaptado y validado en la población española para diferentes enfermedades crónicas: EPOC, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer⁵².

Dimensión	Mínimo	Medio	Máximo
Puntuación total de apoyo social percibido	19	57	95

El cuestionario MOS-SSS es un instrumento de auto-reporte con 19 ítems, donde el individuo responde con qué frecuencia puede contar con alguien que le apoye en diferentes situaciones. Las respuestas se estructuran en una escala de Likert de cinco puntos (nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de veces o siempre). Por otra parte, los ítems se agrupan en cuatro subescalas: apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo e índice global de apoyo social (teniendo en cuenta todas las repuestas).

Para simplificar el presente estudio, se evaluó únicamente el índice global de apoyo social. El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

4.5.3. Test utilizados para evaluar la dependencia a la nicotina

Para evaluar el grado de dependencia a la nicotina se utilizaron dos test diferentes. Por un lado se utilizó el test de Fagerström, que evalúa el grado de dependencia física a la nicotina y es el que más se utiliza en nuestro medio y por otro lado mediante el test de Glover-Nilsson se evaluó el grado de dependencia psicológica a la nicotina.

4.5.3.1. Test de Fagerström

El test de Fagerström es un cuestionario creado en el año 1978 por el doctor Karl Fagerström que evalúa el grado de adicción física a la nicotina a través de seis ítems. La puntuación en esta escala es la suma de las puntuaciones en cada uno de los seis ítems. La puntuación global oscila entre 0 y 10, clasificando el grado de dependencia en tres categorías:

- Dependencia baja: menos de 4 puntos.
- Dependencia moderada: 4-6 puntos.
- Dependencia alta: igual o mayor a 7 puntos.

Algunos autores proponen una versión abreviada, test de Fagerström abreviado, teniendo en cuenta sólo la pregunta 1 y 4 del cuestionario original:

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

En este caso la dependencia a la nicotina se clasificaría en: baja=0-2 puntos; media= 3-4 puntos; alta=5-6 puntos.

Para el presente estudio se decidió utilizar la versión original, siendo la versión abreviada una herramienta útil para la práctica clínica habitual.

4.5.3.2. Test de Glover-Nilsson

Mientras que el test de Fagerström evalúa la dependencia física a la nicotina, el test de Glover-Nilsson analiza la dependencia psicológica a la nicotina como parte de la evaluación del paciente fumador⁵³.

El cuestionario consta de 11 ítems, cada ítem tiene 5 posibles respuestas que se puntúan entre 0 y 4 siguiendo la escala de Likert.

El nivel de gravedad de dependencia se clasifica en cuatro categorías en función del sumatorio de las puntuaciones de los 11 ítems cuestionados. Los grados de dependencia son:

- Dependencia baja: 0-11 puntos.
- Dependencia moderada: 11-22 puntos.
- Dependencia alta: 23-33 puntos.
- Dependencia muy alta: 34-44 puntos.

4.5.4. Test utilizados para evaluar la dependencia al alcohol

Para evaluar el grado de dependencia al alcohol se utilizaron dos test/escalas diferentes, el test AUDIT y la escala EIDA. El uso del test AUDIT como método de cribado está más extendido en la práctica clínica, sin embargo ambos test están validados y aportan información complementaria.

4.5.4.1. Test AUDIT

El test AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) fue desarrollado por OMS como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol ^{54, 55}.

Ayuda a los profesionales a identificar aquellas personas con un consumo enólico de riesgo o con una dependencia al alcohol.

Se trata de un cuestionario sencillo compuesto por 10 ítems que valora la cantidad, la frecuencia del consumo, conductas dependientes y problemas relacionados con el alcohol. Cada ítem tiene 5 posibles respuestas que se puntúan entre 0 y 4, excepto los ítems 9 y 10 en los que sólo existen tres posibilidades que puntúan 0-2 y 4.

En función del autor se ha situado el punto discriminativo en diferentes valores. Bohn ⁵⁶ sitúa el punto discriminativo en 10, tanto para detección de consumos de riesgo, como para el diagnóstico de dependencia alcohólica. Rubio et al. ⁵⁷ señalan el 8 como mejor punto de corte general aunque sugieren la conveniencia de reducirlo a 6 en el sexo femenino, y a 5 en el caso de mayores de 60 años. Buscando una mayor sensibilidad y a expensas de disminuir la especificidad hemos seguido la clasificación de Rubio et al., utilizado la puntuación total igual o mayor a 8 como indicador de consumo de riesgo y consumo perjudicial sin diferenciar entre sexos o edad.

4.5.4.2. Escala de Intensidad de Dependencia al Alcohol-EIDA

Se trata de un instrumento de medida autoaplicado, derivado del SADQ (Severity Alcohol Dependence Syndrome). En esta escala el periodo evaluado corresponde a los últimos 6 meses.

La escala EIDA consta de 30 ítems que se agrupan en 6 sub-escalas que incluyen las siguientes áreas:

Síntomas físicos de abstinencia: ítems 1 a 5.

Síntomas psicológicos de abstinencia: ítems 6 a 10.

Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia: ítems 11 a 15.

Consumo habitual de alcohol: ítems 16 a 20.

Dificultad para controlar la ingesta: ítems 21 a 25.

Reinstauración de sintomatología tras la recaída: ítems 26 a 30.

En los ítems 1-25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos (nunca o casi nunca=0, a veces=1, a menudo=2, casi siempre=3); las preguntas 23, 24 y 25 se puntúan de manera inversa: 3, 2, 1, 0. En los ítems 26-30 se utiliza una escala de intensidad (nada=0, un poco=1, moderadamente=2, bastante=3)⁵⁸.

La clasificación del grado de dependencia, según la escala EIDA, es la siguiente:

- Dependencia leve: < 21 puntos.
- Dependencia moderada: 21-37 puntos.
- Dependencia grave: 38-115 puntos.

4.6. Cuestionario de recogida de datos

DATOS DEMOGRÁFICOS

NOMBRE

APELLIDOS

NHC

FECHA DE NACIMIENTO

RESIDENCIA

ANTECEDENTES PERSONALES

ESTADO CIVIL:

SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

VIUDO

NIVEL EDUCATIVO:

SIN GRADUADO

GRADUADO ESC

BACHILLER

UNIVERSITARIO

PROFESIÓN:

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

1. DIRECCIÓN Y GERENTES
2. TÉCNICOS Y PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELECTUALES
3. EMPLEADOS DE TIPO ADMINISTRATIVO
4. TRABAJADORES DE SERVICIOS DE RESTAURACIÓN Y COMERCIO
5. TRABAJADORES CUALIFICADOS EN EL SECTOR AGRÍCOLA, GANADERO, FORESTAL Y PESQUERO
6. TRABAJADORES CUALIFICADOS EN LA CONSTRUCCIÓN
7. OPERADORES Y MONTADORES DE INSTALACIONES Y MAQUINARIA FIJA Y CONDUCTORES Y OPERADORES DE MAQUINARIA MÓVIL
8. TRABAJADORES DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO
9. TRABAJADORES DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD

TABACO

ANTECEDENTES DE TABAQUISMO	PADRES	PAREJA	AMIGOS	LABORAL
FUMADOR PASIVO	SÍ	NO		
FUMADOR	SÍ	NO		
MARCA DE TABACO				
EDAD DE INICIO				
TIEMPO DE CONSUMO				
CIGARRILOS AL DÍA				
TIPO DE CONSUMO				
DEPENDENCIA				
DEPENDENCIA PSICOSOCIAL				
ABANDONO AL DIAGNÓSTICO	SÍ	NO		
ABANDONO TRAS EL TRATAMIENTO	SÍ	NO		
REINCIDENCIA TRAS EL TRATAMIENTO	SÍ	NO		
INTENTOS DE ABANDONO PREVIOS	SÍ	NO		
CUÁNTOS				
MÉTODO DE DESHABITUACIÓN				

ALCOHOL

ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO	PADRES	AMIGOS	LABORAL
BEBEDOR	SÍ	NO	
UNIDADES DE ALCOHOL/DÍA			
DEPENDENCIA			
ABANDONO AL DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	
ABANDONO TRAS EL TRATAMIENTO	SÍ	NO	
REINCIDENCIA TRAS EL TRATAMIENTO	SÍ	NO	
INTENTOS DE ABANDONO PREVIOS	SÍ	NO	
CUÁNTOS			
MÉTODO DE DESHABITUACIÓN			

NEOPLASIA

LOCALIZACIÓN

CAVIDAD ORAL

OROFARINGE

HIPOFARINGE

LARINGE

TNM:

TIPO DE TRATAMIENTO:

TIPO DE CIRUGÍA:

RECIDIVA: SÍ/NO

ESCALA EADG

Ha de contestar a las preguntas con SÍ o NO.

SUBESCALA DE ANSIDEDAD:

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?
5. ¿Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN:

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza por usted mismo?
4. ¿Se ha sentido desesperado, sin esperanzas?
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda.

¿Con que frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6	Alguien que le muestre amor y afecto					
7	Alguien con quien pasar un buen rato					
8	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación					
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones					
10	Alguien que le abraze					
11	Alguien con quien pueda relajarse					
12	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13	Alguien cuyo consejo realmente desee					
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos					
17	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18	Alguien con quien divertirse					
19	Alguien que comprenda sus problemas					
20	Alguien a quién amar y hacerle sentir querido					

TEST DE FAGERSTRÖM

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	entre 31 y 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	el primero de la mañana	1
	cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
PUNTUACIÓ TOTAL		

TEST DE GLOVER-NILSSON

¿Cuánto valora lo siguiente? (preguntas 1 y 2)

0 = nada en absoluto; 1 = algo; 2 = moderadamente; 3 = mucho; 4 = muchísimo

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Mi hábito de fumar es muy importante para mi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual de fumar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

¿Cuánto valora lo siguiente? (preguntas de 3 a 11)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Se recompensa así mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando no tiene tabaco ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando está en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos...) y los chupa para relajarse del estrés, frustración, etc.? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL ALCOHOL

(AUDIT)

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?
 - Nunca
 - Una o menos veces al mes
 - 2 a 4 veces al mes
 - 2 a 3 veces a la semana
 - 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas de contenido alcohólico suele hacer en un día de beber normalmente?
 - 1 o 2
 - 3 o 4
 - 5 o 6
 - 7 a 9
 - 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más consumiciones alcohólicas en un solo día?
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha encontrado con que no podía parar de beber una vez había empezado?
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido realizar la actividad que le correspondía, por haber bebido?

- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas por la mañana para recuperarse de haber bebido mucho la noche anterior?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de recordar qué paso la noche anterior porque había estado bebiendo?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona se ha hecho daño como consecuencia que usted había bebido?
- No
 - Sí, pero no en el curso del último año
 - Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, el último año

ESCALA DE INTESIDAD DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EIDA)

		Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	Me despertaba sudando				
2	Me temblaban las manos a primera hora de la mañana				
3	Tenía náuseas a primera hora de la mañana				
4	Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo				
5	Me despertaba completamente bañado en sudor				
6	Temía que llegase la hora de levantarse				
7	Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana				
8	Me sentía próximo a la desesperación al despertarme				
9	Me sentía muy nervioso al despertarme				
10	Me sentía asustado al despertarme				
11	Me gustaba beber alcohol por la mañana				
12	Tenía ganas de beber alcohol por la mañana				
13	Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana				
14	Bebía por la mañana para calmar los temblores				
15	Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme				
16	Bebía más de 4 copas de licor al día o una botellas de vino o 8 cañas de cerveza				
17	Bebía más de 8 copas de licor al día o 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza				
18	Bebía más de 16 copas de licor al día o 3,5 botellas de vino o 32 cañas de cerveza				
19	Bebía más de 32 copas de licor al día o 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza				
20	Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)				
21	Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo				
22	Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido				

23	No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas				
24	Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto				
25	Había días que conseguía no beber nada				

Imagínese la situación:

1. Ha conseguido dejar de beber durante algunas semanas.
2. Y tiene una recaída en la que bebe bastante durante dos días consecutivos

¿Cómo se sentiría por la mañana, después de haber pasado esos 2 días bebiendo bastante?

		Nada	Un poco	Modera- damente	Bastante
26	Por la mañana comenzaría a sudar				
27	Tendría temblores en las manos				
28	Tendría náuseas				
29	Mi cuerpo temblaría				
30	Mis deseos por beber serían				

4.7. Análisis estadístico

Para facilitar el análisis estadístico, se creó una base de datos informatizada en la que se grabaron la integridad de los datos procedentes de los cuestionarios, de modo que se creó una réplica exacta de la información contenida en los mismos y previo al estudio estadístico se procedió a la anonimización.

Para realizar el estudio estadístico se han analizado todos los parámetros mediante modelos de Poisson estimando Riesgos Relativos (RR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), considerando como variables dependientes la persistencia y la recaída para el consumo de alcohol y de tabaco, y como variables independientes el resto de variables.

En todos los análisis se consideró como significativo un valor de $p < 0.05$.

El análisis estadístico se realizó con el programa informático SAS v9.4 (SAS Institute, Cary, North Carolina, USA).

5. Resultados

5.1. Caracterización de la población estudiada

Para realizar el estudio se han recogido 133 pacientes diagnosticados de CECC en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Universitario de Valencia. De forma aleatoria se incluyeron todos aquellos pacientes que acudían a revisiones oncológicas periódicas en el servicio de Otorrinolaringología y en los que había transcurrido un mínimo de dos años desde que finalizaron el tratamiento oncológico.

A continuación presentamos las principales características demográficas de este grupo de pacientes que coinciden con las habituales para los pacientes con CECC en nuestra área geográfica: predominio de varones, rango etario entre 53 y 64 años, y consumo de tóxicos positivo.

	Total (n) (%)
Pacientes	133 (100%)
Sexo	
Femenino	13 (8,2)
Masculino	120 (90,2)
Edad al diagnóstico (mediana, rango intercuatílico-IQR)	58 (53-64)
Grupos de edad	
<45	6 (4,5)
45-55	47 (35,5)
56-65	57 (42,9)
66-74	14 (10,5)
75-90	9 (6,8)
Consumo de tabaco al diagnóstico	
No fumador	2 (1,5)
Ex-fumador	29 (21,8)
Fumador	102 (76,7)

Consumo de alcohol al diagnóstico	
No bebedor	35 (26,3)
Ex-bebedor	14 (10,5)
Bebedor	84 (63,2)
Consumo de tabaco y alcohol al diagnóstico	67 (50,4)

Tabla 5. Descripción de las principales variables demográficas.

Por otro lado, en la figura 9 podemos ver una representación de la morbilidad detectada en este conjunto de pacientes respecto a diferentes enfermedades relevantes. Podemos ver, por ejemplo, que un 6% de los pacientes tenían antecedentes de neoplasias previas.

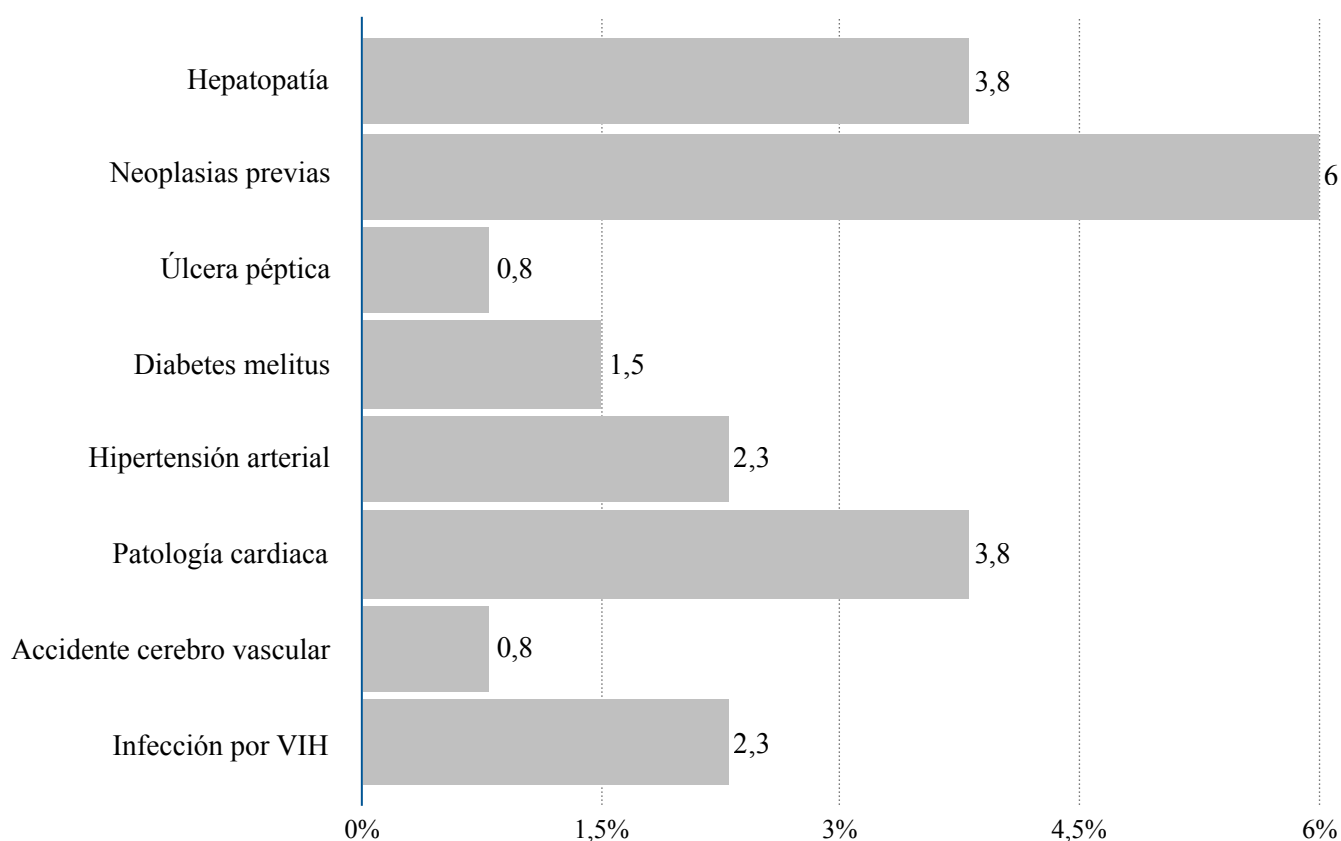


Figura 9. Morbilidad respecto a las principales enfermedades de interés.

A parte de las variables demográficas ya mencionadas, recogimos otras más específicas, para más adelante analizar, si tenían relación o no con el consumo de tóxicos en este grupo de pacientes.

A continuación presentamos la distribución de la muestra según el estado civil, el nivel académico y la profesión.

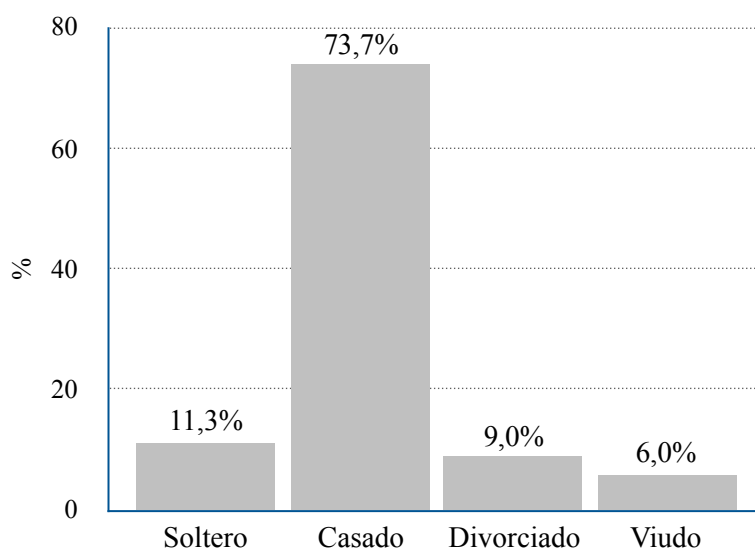


Figura 10. Distribución según el estado civil.

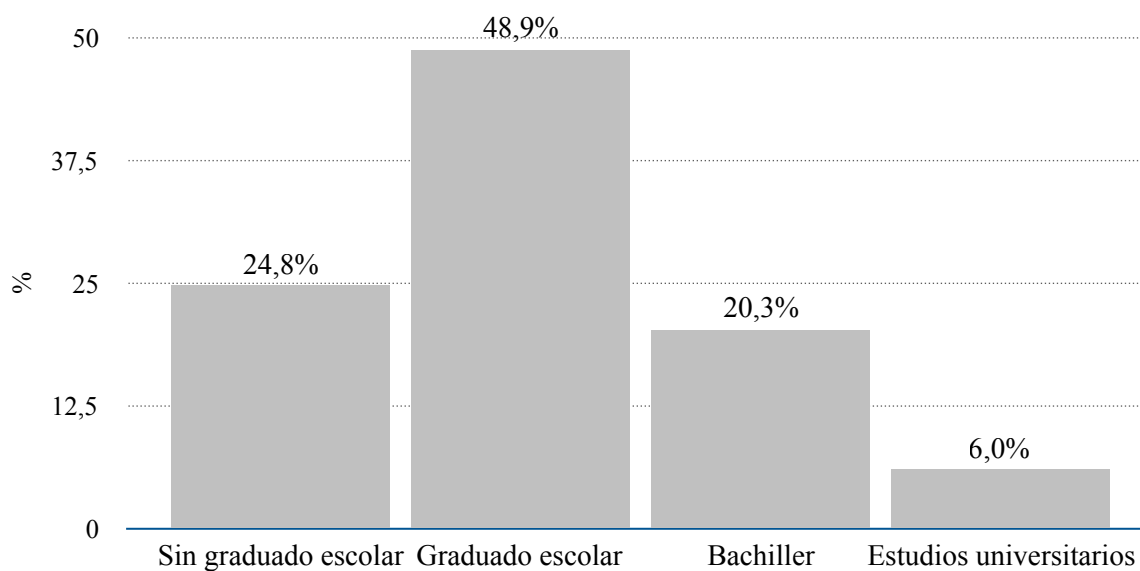


Figura 11. Distribución según el nivel académico.

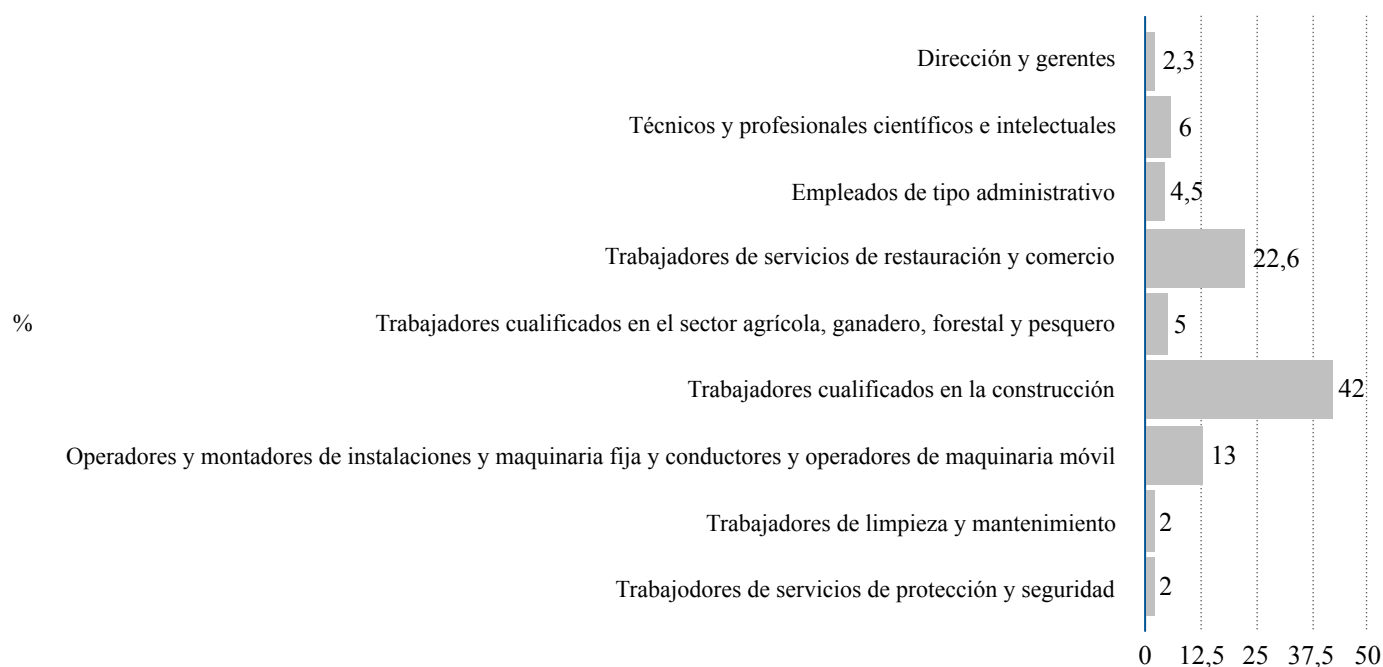


Figura 12. Distribución según la profesión.

Como hemos podido observar en las tres figuras anteriores, el 73,7% estaba casado/a, únicamente el 6% tenía estudios superiores y la mayoría de la muestra trabajaba en el ámbito de la construcción (42%) seguido de la restauración (22,6%).

5.2. Consumo de tóxicos

5.2.1. Tabaco

El 76, 7% de la muestra estudiada reconocía consumir tabaco al diagnóstico del CECC. Con el fin de ahondar más en la relación del paciente con este tóxico se recogieron otras variables que se exponen en la tabla 6.

	Total (n) (%)
Pacientes	133 (100%)
Consumo de tabaco al diagnóstico	
No fumador	2 (1,5)
Ex-fumador	29 (21,8)
Fumador	102 (76,7)
Antecedentes familiares de tabaquismo (Sí)	128 (96,2)
Fumador pasivo (Sí)	98 (73,7)
Tipo de tabaco	
Rubio	53 (39,8)
Negro	69 (51,9)
Rubio y negros	16 (12)
Puros	2 (1,5)
Edad de inicio (mediana, rango intercuatílico-IQR)	14 (13-17)
Tiempo de consumo (años) (mediana, rango intercuatílico-IQR)	40 (35-47)
Cigarrillos al día	
<11	7 (5,3)
11-21	44 (33,1)
21-40	58 (43,6)
>40	22 (16,5)
IPA (nºpaquetes/año)	
<5	3 (2,3)
5-20	7 (5,3)
21-40	19 (14,28)
41-100	102 (76,7)

Tabla 6. Características del consumo de tabaco.

Como vemos en la tabla 6, un alto porcentaje de pacientes convivían y habían convivido de manera estrecha con el tabaco; el 96,2% de la muestra tenía antecedentes familiares de tabaquismo y un 73,7% era además fumador pasivo. De hecho, la edad de inicio del tabaquismo se encontraba entre los 13-17 años y la mayoría de los pacientes habían consumido durante 35-47 años; el 60% de la muestra fumaba más de un paquete de cigarros al día, siendo el tabaco negro (51,9%) seguido del tabaco rubio (39,8) los más consumidos.

5.2.2. Alcohol

El 63, 2% de la muestra estudiada reconocía consumir alcohol al diagnóstico del CECC. De igual manera que se hizo con el tabaco, se recogieron otras variables relacionadas con el consumo de alcohol que se presentan en la tabla 7.

	Total (n) (%)
Pacientes	133 (100%)
Consumo de alcohol al diagnóstico	
No bebedor	35 (26,3)
Ex-bebedor	14 (10,5)
Bebedor	84 (63,2)
Antecedentes familiares de alcoholismo (Sí)	48 (36,1)
UBE semana (1UBE=10gr. de alcohol)	
<11	5 (3,8)
11-16	6 (4,5)
17-27	2 (1,5)
>28	71 (53,4)

Tabla 7. Características del consumo de alcohol.

El 53,4% de la muestra presentaba un consumo de riesgo (> 28 UBEs/semana en hombres y > 17 UBEs/semana en mujeres). Cabe mencionar que de las 13 mujeres incluidas en el estudio, ninguna presentaba consumo de alcohol de riesgo, aunque recordemos que no hay un riesgo cero.

5.3. Características del tumor primario

Con respecto a la localización del tumor primario, la mayoría de los pacientes presentaron tumores localizados en la laringe (76,7%), seguidos por los pacientes con carcinomas localizados en la orofaringe (17,3%), hipofaringe (3,8%) y cavidad oral (2,3%). La siguiente tabla muestra la distribución de los pacientes en función de la localización tumoral.

Localización	n (%)
Laringe	102 (76,7)
Orofaringe	23 (17,3)
Hipofaringe	5 (3,8)
Cavidad oral	3 (2,3)

Tabla 8. Distribución de los pacientes según la localización del tumor primario.

Asimismo, en la siguiente tabla se muestra la distribución de los pacientes según estadio tumoral siguiendo la octava edición de la AJCC-TNM. Un 53,4% de los pacientes incluidos en el estudio presentaban tumores en estadios iniciales (estadio 0, I y II), mientras que un 46,4% presentaban estadios avanzados (estadio III y IV).

Estadio tumoral	n (%)
Estadio 0	4 (3)
Estadio I	42 (31,6)
Estadio II	25 (18,8)
Estadio III	27 (20,3)
Estadio IVa	21 (15,8)
Estadio IVb	12 (9)
Estadio IVc	2 (1,5)

Tabla 9. Estadio tumoral de los pacientes según la clasificación TNM.

5.4. Tratamiento realizado

La siguiente gráfica muestra la distribución de los pacientes según la estrategia terapéutica. El 87,96% (117 pacientes) recibieron tratamiento quirúrgico, de entre éstos un 18,9% requirió tratamiento adyuvante con RT y un 13,7% tratamiento adyuvante con QT-RT.

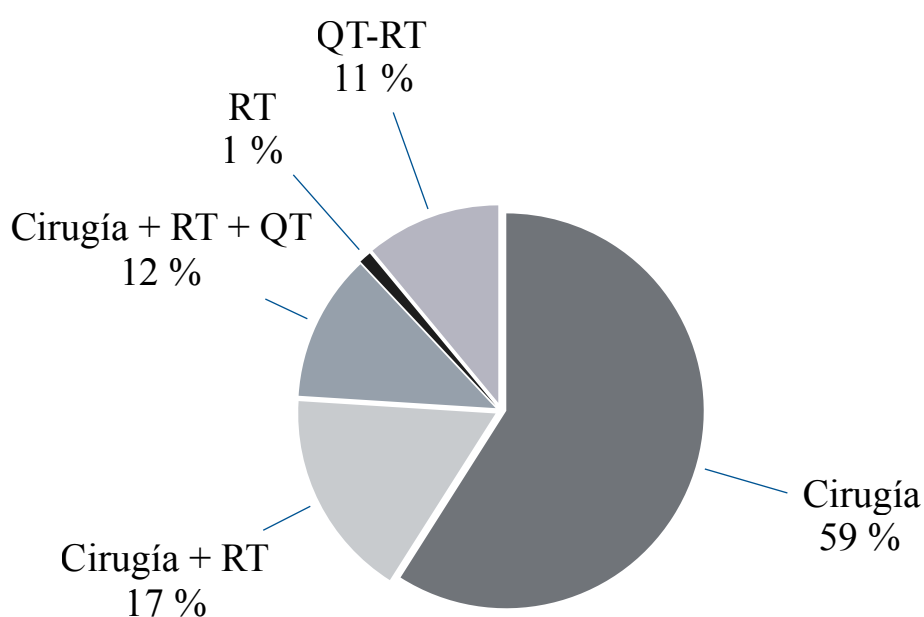


Figura 13. Distribución de los pacientes según el tratamiento recibido.

Según la gráfica anterior, el 87,96% de los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, ya fuera de manera aislada o combinada con RT o QT-RT.

En la tabla 10 se muestra la distribución según el tipo de cirugía realizada a nivel local. El tratamiento quirúrgico más prevalente fue la cordectomía seguido de la laringectomía supracricoidea y la laringectomía total, esto se debe a que la mayoría de pacientes presentaban tumores localizados a nivel laríngeo (76,7%).

Tipo de cirugía	n (%)
Corpectomía transoral	32 (27,4)
Laringectomía supracricoidea	22 (18,8)
Laringectomía total	22 (18,8)
Orofaringectomía transoral	12 (10,3)
Orofaringectomía externa	6 (5,1)
Corpectomía externa	6 (5,1)
Faringolaringectomía total	5 (4,3)
Laringectomía supraglótica, resección transoral	4 (3,4)
Laringectomía horizontal supraglótica, abordaje externo	3 (2,6)
Resección transoral de tumor de cavidad oral	2 (1,7)
Resección transoral de banda ventricular	1 (0,9)
Hemilaringectomía frontolateral	1 (0,9)
Resección transoral de lesión hipofaríngea	1 (0,9)

Tabla 10. Distribución según el tipo de tratamiento quirúrgico recibido a nivel local.

Por otro lado, de entre los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico a nivel local (117 pacientes), un 69% recibió también tratamiento quirúrgico a nivel regional. A continuación se muestra la distribución según el tipo de vaciamiento ganglionar realizado.

Vaciamiento ganglionar cervical	n (%)
Unilateral funcional	11 (8,3)
Bilateral funcional	63 (47,4)
Radical unilateral + funcional contralateral	6 (4,5)
Radical modificado bilateral	1 (0,8)

Tabla 11. Distribución según el tipo de vaciamiento ganglionar.

5.5. Resultado de las encuestas

Otro de los valores recogidos fueron los obtenidos en los diferentes cuestionarios, los cuales nos permitían evaluar el grado de apoyo social del paciente, el grado de ansiedad y depresión, el grado de dependencia física y psicológica a la nicotina, y el grado de dependencia al alcohol.

Sucesivamente pasaremos a exponer los resultados obtenidos en cada una de las esferas mencionadas.

5.5.1. Apoyo social. Cuestionario MOS

Según los resultados obtenidos en el cuestionario MOS, la mediana de la muestra presentaba un índice global de apoyo social de 87, con un índice intercuartílico (IQR 25-75) entre 71-93, lo que significa que el 50% de los pacientes presentaban valores entre 71 y 93. Si tenemos en cuenta que el índice global máximo es de 95, el valor medio es de 57 y el mínimo de 19, podemos concluir que la mayoría de la muestra presenta un índice cercano al índice máximo como se muestra en la figura 14.



Figura 14. Índice de apoyo social de la muestra.

5.5.2. Ansiedad y Depresión (EADG)

El grado de ansiedad y de depresión de la muestra se midió mediante la escala EADG. Según esta escala el 44,4% de los pacientes obtuvieron valores positivos para la sub-escala de ansiedad, mientras que un 53,4% obtuvieron valores negativos. De igual manera el 44,4% de los pacientes obtuvieron valores positivos para la sub-escala de depresión, mientras que un 53,4% obtuvieron valores negativos. En la tabla 12 se muestran los datos anteriormente descritos.

Escala EADG-Ansiedad	n (%)
No contestado	3 (2,3)
No	71 (53,4)
Sí	59 (44,4)
Escala EADG-Depresión	n (%)
No contestado	3 (2,3)
No	71 (53,4)
Sí	59 (44,4)

Tabla 12. Valores obtenidos en el cuestionario EADG.

5.5.3. Dependencia física a la nicotina. Test de Fagerström

El grado dependencia física a la nicotina se valoró mediante el test de Fagerström. Según este test, un 36,8% de la muestra presentaba un grado de dependencia física alta a la nicotina, un 30,1% una dependencia moderada y un 29,3% una dependencia baja. Por lo tanto, un 66,9% presentaba una grado de dependencia moderado-alto.

Test de Fagerström	n (%)
No contestado	5 (3,8)
Dependencia baja	39 (29,3)
Dependencia moderada	40 (30,1)
Dependencia alta	49 (36,8)

Tabla 13. Valores obtenidos en el Test de Fagerström.

5.5.4. Dependencia psicológica a la nicotina. Test de Glover-Nilsson

Mientras que el test de Fagerström evalúa la dependencia física a la nicotina, se empleo el test de Glover-Nilsson para evaluar la dependencia psicológica a la nicotina. Según éste, el 31,6% de los pacientes encuestados presentaba valores compatibles con un grado de dependencia psicológica a la

nicotina alto, un 30,8% moderado y un 26,3% bajo, y un 9,8% presentaba un grado de dependencia muy alto.

Así, menos de 3 de cada 10 pacientes presentaban un grado de dependencia psicológica bajo a la nicotina.

Test Glover-Nilson	n (%)
No contestado	2 (1,5)
Dependencia baja	35 (26,3)
Dependencia moderada	41 (30,8)
Dependencia alta	42 (31,6)
Dependencia muy alta	13 (9,8)

Tabla 14. Valores obtenidos en el Test Glover-Nilsson.

5.5.5. Consumo y grado de dependencia alcohólica. Test AUDIT y EIDA

Según los valores obtenidos en el test AUDIT, el 42,9% de la muestra presentaba un consumo enólico de riesgo y según el cuestionario EIDA, que aporta información adicional sobre el grado de dependencia, la mayoría de la muestra presentaba un grado de dependencia enólica leve (86,5%)

Test EIDA	n (%)
No contestado	3 (2,3)
Dependencia leve	115 (86,5)
Dependencia moderada	10 (7,5)
Dependencia grave	5 (3,8)

Tabla 15. Valores obtenidos en el Test EIDA.

5.6. Abandono de los hábitos tóxicos

Del total de los 133 pacientes estudiados, 102 eran fumadores, 84 presentaban consumo habitual de alcohol en el momento del diagnóstico y 65 pacientes consumían ambas sustancias.

5.6.1. Tabaco

De los 102 pacientes fumadores al diagnóstico, 35 pacientes abandonaron el consumo tras el diagnóstico de CECC, y otros 24 pacientes tras el tratamiento.

Sin embargo, del total de los 59 pacientes que dejaron de fumar, ya fuera tras el diagnóstico o tras el tratamiento, 23 pacientes (un 22,5% de entre los fumadores) recaído posteriormente en el hábito tabáquico. Así, sólo 36 pacientes (35% de entre los fumadores) abandonó definitivamente el tabaco. Un 65% de los fumadores al diagnóstico siguió fumando a pesar del diagnóstico y tratamiento de CECC (fig.15).

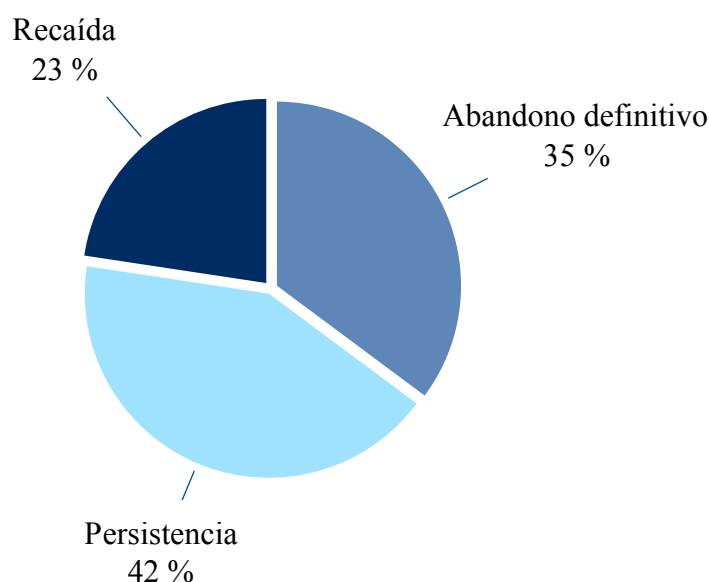


Figura 15. Consumo tabáquico tras el diagnóstico y tratamiento de CECC en el grupo fumador.

El 30,5% de los pacientes fumadores confesaban intentos previos de dejar de fumar y de entre todos los pacientes exfumadores, ya lo fueran de antes o de después del diagnóstico, tan solo un 8,4% lo hizo mediante ayuda médica o farmacológica.

5.6.1.1. Factores relacionados con la reincidencia y la persistencia del consumo

Como hemos mencionado anteriormente, uno de los objetivos principales de este trabajo es analizar qué variables presentan relación estadísticamente significativa tanto con la persistencia (aquellos pacientes que nunca dejaron el consumo) como con la recaída (aquellos que dejaron el consumo pero volvieron a consumir) para el consumo de tabaco.

En este apartado expondremos las diferentes variables analizadas y el riesgo relativo de recaída y persistencia en el consumo de tabaco según cada una de ellas.

- Edad

Como se muestra en las tablas 16, pertenecer al grupo de edad <45 años es un factor de riesgo tanto para la reincidencia como para la persistencia del consumo de tabaco en comparación con las edades comprendidas entre 45 y 74 años.

En nuestra muestra, los pacientes mayores de 45 años tienen un 28% más de probabilidades de abandonar definitivamente el tabaco en comparación con los menores de 45 años.

Edad	RR	IC
Reincidencia del consumo de tabaco		
45-55 años vs <45 años	0,36	(0,2-0,63)
56-65 años vs <45 años	0,24	(0,13-0,45)
66-74 años vs <45 años	0,17	(0,05-0,65)
45-74 años vs < 45 años	0,28	(0,17-0,45)

Persistencia del consumo de tabaco		
45-55 años vs <45 años	0,36	(0,17-0,75)
56-65 años vs <45 años	0,27	(0,12-0,58)
66-74 años vs <45 años	0,1	(0,01-0,73)
45-74 años vs < 45 años	0,28	(0,15-0,55)

Tabla 16. Riesgo relativo de reincidencia y persistencia de tabaquismo según la edad.

- Estado civil

Según nuestro estudio el estar casado supone también un factor protector para el abandono definitivo del hábito tabáquico en comparación con el grupo divorciado. El paciente casado tiene un 34% más de probabilidades de abandonar definitivamente el consumo de tabaco en comparación con el paciente divorciado.

Estado civil	RR	IC
Persistencia del consumo de tabaco		
Casado vs Divorciado	0,38	(0,2-0,69)
Reincidencia del consumo de tabaco		
Casado vs Divorciado	0,34	(0,17-0,67)

Tabla 17. Riesgo relativo de persistencia y reincidencia del tabaquismo según el estado civil.

Sin embargo, este aumento estadísticamente significativo del riesgo no lo encontramos cuando comparamos el grupo divorciado vs soltero o viudo, ni cuando comparamos el grupo soltero o viudo vs casado.

- Nivel académico

En nuestra muestra no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el nivel académico y la persistencia o reincidencia del consumo de tabaco tras el diagnóstico y tratamiento del CECC.

- Profesión

En relación a la variable profesión, únicamente encontramos relación estadísticamente significativa cuando comparamos el grupo que trabaja en la restauración frente al grupo que trabaja en el ámbito de la limpieza para la variable persistencia del hábito tabáquico. Trabajar en la restauración es un factor protector respecto al ámbito de la limpieza con RR 0,33 (IC 95% 0.11-0.97) (p-valor = 0.0436).

- Localización tumoral

Según nuestro estudio, los pacientes con tumores localizados a nivel laríngeo o de la orofaringe presentan un mayor porcentaje de abandono definitivo del hábito tabáquico en comparación con aquellos pacientes con tumores localizados en la hipofaringe.

La localización laríngea presenta una reducción del riesgo de persistencia del hábito tabáquico de un 55% (RR 0,45), así como una reducción de la reincidencia de un 63% (RR 0,37) en comparación a la localización hipofaríngea. De manera similar, la localización orofaríngea presenta una reducción del riesgo tanto de la persistencia del hábito tabáquico como de la reincidencia en comparación a la localización hipofaríngea con una reducción del riesgo del 70 y del 76%, respectivamente.

Localización tumoral	RR	IC
Persistencia del consumo de tabaco		
Laringe vs Hipofaringe	0,45	(0,2-0,98)
Orofaringe vs Hipofaringe	0,3	(0,1-0,95)
Reincidencia del consumo de tabaco		
Laringe vs Hipofaringe	0,37	(0,16-0,83)
Orofaringe vs Hipofaringe	0,24	(0,07-0,85)

Tabla 18. Riesgo relativo de persistencia y reincidencia del tabaquismo según la localización tumoral.

- Tratamiento realizado

En nuestra muestra no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento realizado y la persistencia o reincidencia del consumo de tabaco tras el diagnóstico y tratamiento del CECC.

- Estadío tumoral

De la misma manera, no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el estadio tumoral y la persistencia o reincidencia del consumo de tabaco tras el diagnóstico y tratamiento del CECC.

- Ansiedad, depresión y apoyo social

En nuestro estudio no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y/o la depresión y la persistencia o reincidencia del consumo de tabaco tras el diagnóstico y tratamiento del CECC.

De igual modo, tampoco se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el grado de apoyo social y la persistencia o reincidencia del consumo de tabaco. Cabe recordar que un 89,47% de los pacientes presentaban un índice de apoyo social alto según el cuestionario MOS.

- Dependencia tabáquica

Por el contrario, sí que hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre la dependencia tabáquica y el abandono definitivo del consumo de tabaco. En nuestro estudio, los pacientes con una dependencia baja al tabaco según el test de Glover-Nilsson presentan un 74% más de probabilidades de conseguir el abandono definitivo del hábito tabáquico que aquellos que presentan una dependencia tabáquica moderada, con un RR para la reincidencia de: 0,26 (IC 95% 0,08-0,81) (p-valor= 0,0207) y un RR para la persistencia de: 0,39 (IC 0,16-0,95) (p-valor= 0,0379).

- Dependencia alcohólica

Por otro lado, los pacientes con una dependencia alcohólica baja según el cuestionario EIDA presentan un 57% menos probabilidades de reincidencia del hábito tabáquico que aquellos con una dependencia alcohólica moderada, RR 0,43 (IC 0,19-0,99) (p-valor= 0,0471).

5.6.2. Alcohol

De entre los 84 pacientes que consumían alcohol al diagnóstico, 29 pacientes abandonaron el consumo tras el diagnóstico de CECC y 35 pacientes tras el tratamiento.

Sin embargo, 22 pacientes del total de los 64 pacientes que abandonaron el alcohol volvieron a consumir. Así 42 pacientes dejó definitivamente el alcohol (50%), 20 pacientes no lo dejaron en ningún momento (23,8%) y 22 (26,2%) recayeron en el consumo (fig.16).

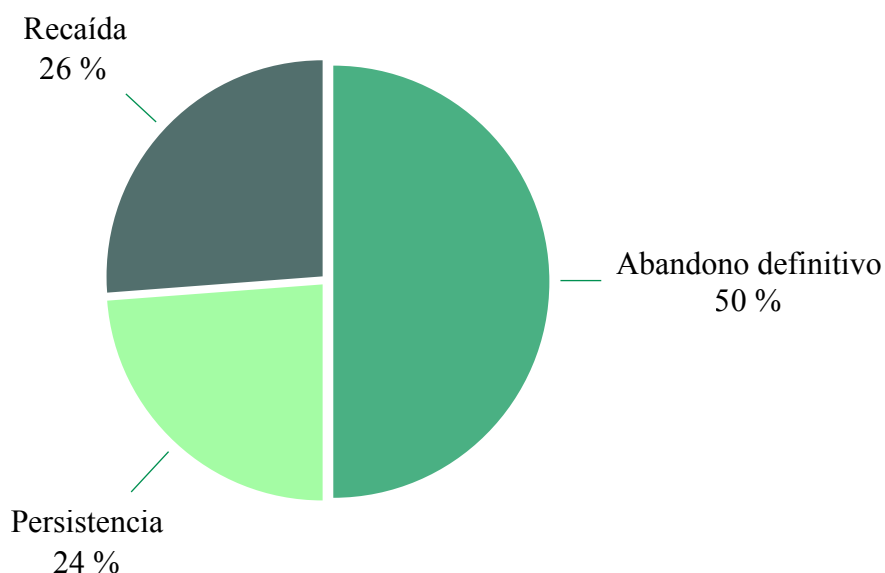


Figura 16. Consumo enólico tras el diagnóstico y tratamiento de CECC en el grupo bebedor.

Únicamente el 8,4% de los pacientes bebedores confesaban intentos previos de cese del consumo de alcohol y sólo el 4,1% lo hizo mediante ayuda médica o farmacológica.

5.6.2.1. Factores relacionados con la reincidencia y la persistencia del consumo

De igual manera que hemos hecho con el tabaco, en este apartado pasaremos a exponer las diferentes variables analizadas y el riesgo relativo de recaída y persistencia en el consumo de alcohol según cada una de ellas.

- Edad

Al igual que sucedía con el consumo de tabaco, pertenecer al rango de edad comprendido entre 45-65 años se considera un factor protector para el abandono definitivo del consumo de alcohol con respecto al grupo de edad <45 años (RR 0,36 (0,18-0,72 /p=0,0040). El grupo etario comprendido entre los 45-65 años tienen un 36% más de probabilidades de abandonar definitivamente el alcohol en comparación con los menores de 45 años.

En la tabla 19 se muestran los riesgos relativos con significación estadística según diferentes grupos de edad.

Edad	RR	IC
Reincidencia del consumo de alcohol		
45-55 años vs <45 años	0,37	(0,16-0,83)
56-65 años vs <45 años	0,36	(0,17-0,78)
Persistencia del consumo de alcohol:		
45-55 años vs <45 años	0,56	(0,32-0,98)
56-65 años vs <45 años	0,48	(0,27-0,86)

Tabla 19. Riesgo relativo de reincidencia y persistencia del consumo de alcohol según el grupo de edad.

- Estado civil

Según nuestro estudio, el paciente divorciado tiene 2,5 veces más riesgo de persistencia y 4 veces más riesgo de recaída del consumo de alcohol en comparación con el grupo casado.

A su vez el paciente viudo tiene el doble de riesgo de persistencia del consumo de alcohol en comparación con el paciente casado.

Estado civil	RR	IC
Persistencia del consumo de alcohol		
Divorciado vs Casado	2,5	(1,64-3,70)
Viudo vs Casado	2,04	(1,11-3,57)
Reincidencia del consumo de alcohol		
Divorciado vs Casado	4	(2,17-7,69)

Tabla 20. Riesgo relativo de persistencia y reincidencia del consumo de alcohol según el estado civil.

Este aumento estadísticamente significativo del riesgo tanto para la persistencia como para la reincidencia del hábito enólico no lo encontramos cuando comparamos el grupo divorciado vs soltero o viudo; ni cuando comparamos el grupo soltero vs casado.

- Nivel académico

En nuestra muestra no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el nivel académico y la persistencia o reincidencia del consumo de alcohol tras el diagnóstico y tratamiento de CECC.

- Profesión

De igual manera, no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la profesión y la persistencia o reincidencia del consumo de alcohol tras el diagnóstico y tratamiento de CECC.

- Localización tumoral

Tampoco se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la localización tumoral y la persistencia o reincidencia del consumo de alcohol tras el diagnóstico y tratamiento de CECC.

- Tratamiento realizado

Igual que sucedía con el tabaco, no hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre el tratamiento realizado y la persistencia o reincidencia del consumo de alcohol tras el diagnóstico y tratamiento de CECC.

- Estadío tumoral

Asimismo, no hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre el estadio tumoral y la persistencia o reincidencia del consumo de alcohol.

Sin embargo, sí que hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre la reincidencia del consumo de alcohol y la recidiva tumoral. En los que recidivan hay un 50% de reincidencia alcohólica mientras que en los que no, hay un 22,58% . El riesgo relativo cuando comparamos los que no presentan recidiva vs los que sí que la presentan es de 0,45 (IC 0,23-0,88) (p-valor= 0,0206).

- Ansiedad, depresión y apoyo social

En nuestro estudio no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y/o la depresión y la persistencia o reincidencia del consumo de alcohol tras el diagnóstico y tratamiento de CECC.

De igual modo, tampoco se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el apoyo social y la persistencia o reincidencia del hábito enólico. Recordemos que la mayoría de la muestra presenta un índice cercano al índice máximo de apoyo social según el cuestionario MOS.

- Dependencia alcohólica

No se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la dependencia alcohólica, medida mediante el cuestionario AUDIT y EIDA, y la persistencia o reincidencia del consumo de alcohol tras el diagnóstico y tratamiento de CECC.

5.7. Resumen de los resultados obtenidos

Tabla basal	Total (133) (100%)
Edad (mediana e IQR): 58 (53-64)	
Género (hombres)	120 (90,2)
Estado civil	
Casado	98 (73,7)
Soltero	15 (11,3)
Divorciado	12 (9)
Viudo	8 (6)
Nivel académico	
Sin graduado escolar	33 (24,8)
Graduado escolar	65 (48,9)
Bachillerato	27 (20,3)
Estudios universitarios	8 (6)
Profesión	
Trabajadores cualificados de la construcción	56 (42,1)
Trabajadores de servicios de restauración y comercio	30 (22,6)
Operadores y montadores de maquinaria fija y móvil, y conductores	17 (12,8)
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	8 (6)
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	7 (5,3)
Empleados de tipo administrativo	6 (4,5)
Dirección y gerentes	3 (2,3)

Trabajadores de limpieza y mantenimiento	3 (2,3)
Trabajadores de servicios de protección y seguridad	3 (2,3)
Localización tumoral	
Laringe	102 (76,7)
Orofaringe	23 (17,3)
Hipofaringe	5 (3,8)
Cavidad Oral	3 (2,3)
Estadio tumoral	
Estadios iniciales (0, I y II)	71(53,4)
Estadios avanzados (III y IV)	62 (46,4)
Tratamiento realizado	
Cirugía exclusiva	79 (59,4)
Cirugía + RT	22 (16,5)
Cirugía + QT + RT	16 (12)
RT	1 (0,8)
QT + RT	15 (11,3)
Apoyo social. Cuestionario MOS	
IQR 25-75:	71-93
Ansiedad y Depresión. Escala EADG	
Resultado negativo para Ansiedad:	71 (53,4)
Resultado negativo para Depresión:	71 (53,4)
Dependencia física a la nicotina. Test de Fagerström	
Dependencia baja	39 (29,3)
Dependencia moderada-alta	89 (66,9)
Dependencia psicológica a la nicotina. Test de Glover-Nilson	
Dependencia baja	35 (26,3)
Dependencia moderada-alta-muy alta	96 (72,2)

Consumo enólico de riesgo. Test AUDIT	
Consumo enólico de riesgo	57 (42,9)
Dependencia alcohólica. Cuestionario EIDA	
Dependencia leve	115 (86,5)
Tabaco	
Consumo de tabaco al diagnóstico de CECC	
No fumador	2 (1,5)
Ex-fumador	29 (21,8)
Fumador	102 (76,7)
Consumo de tabaco tras el diagnóstico y tratamiento de CECC	
Abandono definitivo	36 (27,1)
Persistencia	43 (32,3)
Recaída	23 (17,3)
Variables con relación estadísticamente significativa con la persistencia y la recaída del consumo de tabaco	RR (IC-95%)
<u>Edad</u>	
- Persistencia: 45-74 años vs < 45 años	0,28 (0,15-0,55)
- Reincidencia: 45-74 años vs < 45 años	0,28 (0,17-0,45)
<u>Estado civil</u>	
- Persistencia: Casado vs Divorciado	0,38 (0,2-0,69)
- Reincidencia: Casado vs Divorciado	0,34 (0,17-0,67)
<u>Profesión</u>	
- Persistencia: Restauración vs Limpieza	0,33 (0,11-0,97)
<u>Localización tumoral</u>	
- Persistencia:	
• Laringe vs Hipofaringe	0,45 (0,2-0,98)
• Orofaringe vs Hipofaringe	0,3 (0,1-0,95)
- Reincidencia:	
• Laringe vs Hipofaringe	0,37 (0,16-0,83)
• Orofaringe vs Hipofaringe	0,24 (0,07-0,85)
<u>Grado de dependencia tabáquica (Test Glover-Nilsson)</u>	
- Persistencia: Dependencia baja vs Dependencia moderada	0,39 (0,16-0,95)
- Reincidencia: Dependencia baja vs Dependencia moderada	0,26 (0,08-0,81)
<u>Grado de dependencia enólica (Cuestionario EIDA)</u>	
- Persistencia: Dependencia leve vs Dependencia moderada	0,46 (0,23-0,92)
- Reincidencia: Dependencia baja vs Dependencia moderada	0,43 (0,19-0,99)

Alcohol	
Consumo de alcohol al diagnóstico de CECC	
No bebedor	35 (26,3)
Ex-bebedor	14 (10,5)
Bebedor	84 (63,2)
Consumo de alcohol tras el diagnóstico y tratamiento de CECC	
Abandono definitivo	42 (50)
Persistencia	20 (23,8)
Recaída	22 (26,2)
Variables con relación estadísticamente significativa con la persistencia y la recaída del consumo de alcohol	
RR (IC-95%)	
<u>Edad</u>	
- Persistencia:	
45-54 años vs < 45 años	0,56 (0,32-0,98)
56-65 años vs < 45 años	0,48 (0,27-0,86)
- Reincidencia:	
45-54 años vs < 45 años	0,37 (0,16-0,83)
56-65 años vs < 45 años	0,36 (0,17-0,78)
<u>Estado civil</u>	
- Persistencia:	
Divorciado vs Casado	2,5 (1,64-3,70)
Viudo vs Casado	2,04 (1,11-3,57)
- Reincidencia:	
Divorciado vs casado	4 (2,17-7,69)
<u>Recidiva tumoral</u>	
- Reincidencia:	
No vs Sí	0,45 (0,23-0,88)

Tabla 21. Tabla resumen de los resultados obtenidos.

6. Discusión

Actualmente, el tabaco y el alcohol son los principales factores de riesgo para la carcinogénesis del cáncer escamoso de cabeza y cuello (CECC). De hecho, la mayoría de los pacientes de nuestra muestra consumían una o ambas sustancias (el 50,4% de la muestra consumía alcohol y tabaco en el momento del diagnóstico). Además, presentaban las características habituales para los pacientes con CECC en nuestra área geográfica: predominio de varones y rango etario de entre 53 y 64 años.

Por otro lado, la mayoría de los pacientes de la muestra también presentaban características comunes entre ellos. El 73.7% no tenían estudios superiores, dato que nos hace preguntarnos si existe una relación entre el nivel educativo y un mayor riesgo para el consumo de tóxicos. Probablemente así sea y presentar un buen rendimiento académico y contar con un clima escolar positivo actúen como factores protectores para el consumo de drogas, mientras que un elevado absentismo escolar y conductas problemáticas sean factores de riesgo para el consumo. Según el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones ⁵⁹ el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años (73.9%), seguido por el tabaco (38.2%). Múltiples estudios demuestran que un menor rendimiento escolar se asocia a un mayor consumo de drogas ^{59, 60, 61, 62, 63}. Por lo tanto, no es casualidad que únicamente el 26,3% de la muestra tuviera estudios superiores y que la mayoría empezará a fumar a edades comprendidas entre los 13 y 17 años.

A su vez, la mayoría de los pacientes trabajaban en el mismo tipo de industria. El 42% de la muestra trabajaba en el ámbito de la construcción y el 22,6% en servicios de restauración y comercio. Para estas profesiones no se requieren estudios superiores, lo que podría explicar su prevalencia en nuestra muestra si tenemos en cuenta el nivel académico de la misma. Sin embargo, otra de las razones que lo puede explicar es que éstas sean profesiones de riesgo para un mayor consumo de tóxicos. De hecho, es sabido que la prevalencia del uso de sustancias y de los trastornos por el uso de las mismas no es uniforme en todas las industrias. Según la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y Salud en Estados Unidos, las tasas más altas de consumo de sustancias se observan en general en la industria de la minería, la construcción, en los servicios de restauración y comercio ⁶⁴. Este dato coincide con lo encontrado en nuestra muestra y por ello, programas de asistencia en el lugar de trabajo pueden ser un recurso valioso para conseguir el cese del consumo en estos pacientes.

Otra de las características que compartían la mayoría de los pacientes eran antecedentes familiares de alcoholismo (36,1%) y tabaquismo (96,2%). Los hijos de personas alcohólicas tienen mayor predisposición para desarrollar problemas derivados del abuso de sustancias y otros trastornos psicopatológicos, así como mayor tendencia al fracaso escolar, déficit cognitivo y problemas médicos ^{65,66}. En la misma línea, un niño o niña expuesto al tabaquismo de los padres, presenta más riesgo de consumo de tabaco ⁶⁷.

En resumen, la mayoría de los pacientes incluidos en nuestra muestra presentaban múltiples factores de riesgo para presentar problemas por consumo de sustancias como finalmente aconteció. Además, se confirmó la hipótesis inicial: existe relación entre las variables estudiadas y la probabilidad de abandono de hábitos tóxicos. Consideramos que es importante conocer la relación de estas variables con el consumo de tóxicos para poder llevar a cabo campañas de prevención selectiva. De la misma manera, conocer aquellas variables que se relacionan con una mayor dificultad para el cese del consumo y el porqué, es prioritario para realizar terapias de deshabituación más específicas y efectivas para el paciente.

6.1. Consumo de tabaco tras el diagnóstico y tratamiento de CECC

Según nuestro estudio, de entre los 102 pacientes fumadores al diagnóstico, 35 pacientes abandonaron el consumo tras el diagnóstico de CECC, y 24 pacientes tras el tratamiento.

Sin embargo, del total de los 59 pacientes que dejaron de fumar, ya fuera tras el diagnóstico o tras el tratamiento, 23 pacientes (un 22,5% de entre los fumadores) recayeron posteriormente en el hábito tabáquico. Así, sólo 36 pacientes (35% de los fumadores al diagnóstico) abandonó definitivamente el tabaco. Un 65% de los fumadores al diagnóstico siguió fumando a pesar del diagnóstico y tratamiento de CECC, lo que corresponde a un 49,6% del total de la muestra.

Como vemos en la siguiente tabla, este valor es algo más elevado que el descrito en otras series.

Autor	Año de publicación	Nº de pacientes	Tipo de estudio	% tabaquismo pre-tratamiento	% tabaquismo post-tratamiento
Pallarés Martí	2023	133	Transversal	77	49,6
Lara Nokovitch ⁴⁶	2023	182	Prospectivo	50,54	20,87
Van Heest ⁶⁸	2022	89	Prospectivo	100	46,1
Allen M Chen ⁶⁹	2014	230	Longitudinal	33	20
F. Roberto Pinto ⁷⁰	2011	110	Transversal	100	35
Sonia A. Duffy ⁷¹	2008	283	Prospectivo	50	21
Michael T.Lambert ⁷²	2004	613	Transversal	100	20.7-31
X. León ⁷³	2002	582	Transversal	-	13
Christensen ⁷⁴	1999	55	Longitudinal	-	40
Ellen R. Gritz ⁷⁵	1999	105	Prospectivo	84,8	26,7
Moore ⁷⁶	1971	203	Longitudinal	100	60

Tabla 22. Consumo de tabaco tras el diagnóstico de CECC según diferentes artículos.

Como podemos apreciar en la tabla 22, existe una gran dispersión de los valores según el estudio. Esta variabilidad quedaría justificada en gran medida por la heterogeneidad de los pacientes incluidos en cada una de las series.

Una de las principales razones que puede justificar que el 65% de los fumadores al diagnóstico siguiera fumando a pesar del diagnóstico y tratamiento de CECC es la alta dependencia psicológica a la nicotina. La nicotina inicia sus efectos gratificantes al activar los receptores de acetilcolina de tipo nicotínico (nAChR) en el sistema de recompensa natural del cerebro, la vía mesolímbica. Los nAChR se localizan en todo el circuito mesolímbico y, cuando se activan, aumentan la activación y liberación dopaminérgica. La liberación de dopamina, especialmente en el núcleo *accumbens*, está asociada con los efectos gratificantes y reforzadores de todas las drogas de abuso ⁷⁷.

El 72,2% de los fumadores de nuestra muestra presentaban una dependencia entre moderada y muy alta según los datos recogidos en el Test de dependencia conductual de Glover Nilsson (GN-SBQ). Además, encontramos relación estadísticamente significativa entre la dependencia tabáquica y el abandono definitivo del consumo de tabaco. Los pacientes con dependencia baja al tabaco, según el GN-SBQ, presentan un 74% más de probabilidades de conseguir el abandono definitivo del consumo de tabaco que aquellos que presentan una dependencia tabáquica moderada. Este dato justificaría el alto porcentaje de fracaso del cese tabáquico en nuestra muestra.

Sin embargo, no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre la dependencia física a la nicotina (test de Fagerström) y el abandono de tabaco en nuestra muestra. Esto nos hace cuestionarnos si el test de Fagerström para la dependencia a la nicotina (FTND) es el test idóneo para valorar la dependencia tabáquica en nuestro medio. A pesar del amplio uso del FTND, éste no está exento de críticas ya que, para muchos autores, éste no refleja las definiciones actuales de dependencia y a su vez varios metaanálisis cuestionan sus cualidades psicométricas⁷⁵. No obstante, el FTND sigue siendo el medidor que se utiliza para financiar o no fármacos para la deshabituación tabáquica. Desde el 1 de enero de 2020 el Sistema Nacional de Salud financia fármacos para tratar la deshabituación al tabaco. No obstante, su prescripción requiere la cumplimentación de los siguientes requisitos: tener motivación expresa de dejar de fumar (contemplada como al menos un intento de abandono en el último año), fumar 10 o más cigarrillos al día y tener un alto nivel de dependencia a la nicotina, calificado por el FTND con puntuación igual o superior a 7⁷⁹.

La exigencia de una puntuación de 7 en el FTND resulta muy restrictivo e insuficiente para determinar quién es subsidiario y quién no de beneficiarse de un tratamiento financiado para la deshabituación. Según esto, únicamente el 36,8% de los paciente fumadores de nuestra muestra se podrían beneficiar de un tratamiento farmacológico para la deshabituación.

En cambio, si se tuvieran en cuenta otros test como el GN-SBQ, que es menos exigente que el FTND, el número de pacientes que se beneficiaría de un tratamiento farmacológico sería mayor. En nuestra muestra, según el GN-SBQ, el 41,4% presentaba valores de dependencia alta o muy alta .

El consenso de expertos sobre tratamiento farmacológico del tabaquismo en España 2022 incluye en su algoritmo un FTND de 4 para el tratamiento farmacológico en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y en el resto de grupos proponen terapia sin tener en cuenta la puntuación en el FTND

sugiriendo así que, en mayor o menor medida, todo paciente fumador puede beneficiarse de un tratamiento farmacológico ⁴⁹.

Por ello, consideramos que debería reducirse el valor exigido en el FTND para ser candidato a un tratamiento farmacológico financiado. Creemos que se debería tener en cuenta otros test para valorar la dependencia al tabaco, como el GN-SBQ, así como tener en cuenta otros aspectos de la vida del paciente que pueden tener relación con el consumo de tabaco como pueden ser aspectos biológicos, económicos y sociales. Además, consideramos que independientemente de la cantidad y del grado de dependencia, cualquier paciente con una enfermedad grave secundaria al tabaquismo debería ser subsidiario de recibir tratamiento médico.

Otros factores relacionados, en nuestra serie, con la reincidencia y la persistencia del tabaquismo son la edad, el estado civil, la profesión, la localización tumoral y el grado de dependencia enólica. Por el contrario, factores como el nivel académico, el tratamiento realizado, el estadio tumoral, el grado de ansiedad y de depresión y el apoyo social no se relacionan significativamente con la reincidencia o la persistencia del consumo de tabaco.

Según nuestro estudio pertenecer al grupo de edad <45 años se considera un factor de riesgo tanto para la reincidencia como para la persistencia del consumo de tabaco en comparación con las edades comprendidas entre 45 y 74 años. Los pacientes mayores de 45 años tienen un 28% más de probabilidades de abandonar definitivamente el tabaco en comparación con los menores de 45 años. Este dato concuerda con lo descrito en otras series, donde la frecuencia de consumo post-tratamiento disminuyó a medida que aumentaba la edad de los pacientes ^{73, 80}.

Ante este hallazgo, quisimos estudiar si existía correlación entre la edad y la dependencia tabáquica de los pacientes estudiados; nos preguntábamos si los pacientes más jóvenes presentaban una mayor dependencia al tabaco que justificara mayor dificultad para abandonar su consumo. En la figura 17 se muestra un diagrama de dispersión de la edad frente a las puntuaciones obtenidas en el test de Glover-Nilsson, que tienden a disminuir a medida que aumenta la edad de los pacientes, con una correlación débilmente negativa (coeficiente de correlación -0,11). De manera similar, observamos una correlación débilmente negativa entre las puntuaciones del test de Fagerström y la edad (coeficiente de correlación -0,18). A medida que aumenta la edad de los pacientes disminuye la dependencia a la nicotina medida por el test de Fagerström y el test de Glover-Nilsson; una mayor

dependencia a la nicotina de los pacientes más jóvenes explicaría un mayor fracaso para abandonar el consumo de tabaco.

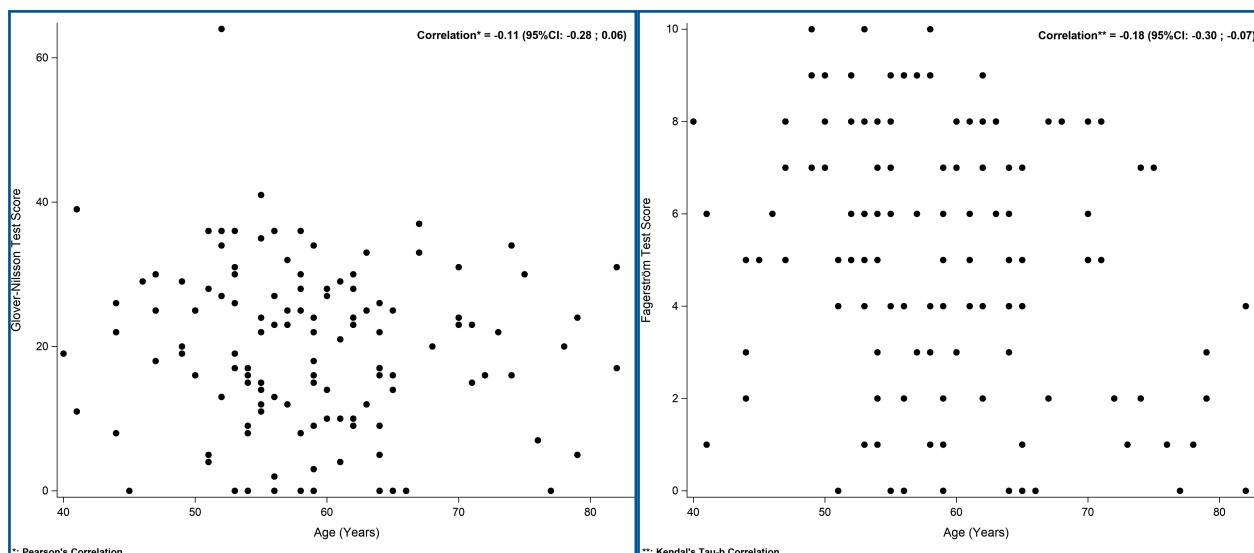


Figura 17. Diagramas de dispersión que muestran la edad frente a las puntuaciones de las pruebas de Glover-Nilsson y las puntuaciones de las pruebas de Fagerström.

*Coeficiente de correlación, -0,11. **Coeficiente de correlación, -0,18.

Existen pocos estudios epidemiológicos que se centren en la relación entre la edad y la dependencia a la nicotina. Sin embargo, encuestas realizadas a la población sugieren que la edad afecta significativamente en la dependencia a la nicotina. La dependencia a la nicotina aumenta entre las edades de 20 a 50 años y luego disminuye en los fumadores mayores de 50 años ⁸¹. Un estudio realizado en la población coreana demuestra que la dependencia a la nicotina tiene una relación en forma de U inversa con la edad, con un pico a los 50 años ⁸².

Se desconoce el mecanismo subyacente de la disminución de la dependencia a la nicotina después de los 50 años. Existen estudios que describen una disminución de la unión de la nicotina a su receptor nicotínico en el hipocampo, región relacionada con la adicción, alrededor de los 40 años de edad ⁸³. La disminución de la afinidad de unión de la nicotina a su receptor se asocia a una disminución del potencial adictivo de la nicotina. Además, los metabolismos de la nicotina también disminuyen en las personas mayores, los sujetos mayores de 65 años muestran un aclaramiento renal y no renal menor de la nicotina y de la cotinina (principal metabolito de la nicotina) en comparación con adultos

jóvenes ⁸⁴. En resumen, la senescencia puede conllevar una unión nicotínica ineficaz y una eliminación reducida, lo que disminuiría gradualmente el deseo de fumar y la dependencia a la nicotina ⁸².

Alternativamente, la reducción de la dependencia a la nicotina después de los 50 años de edad puede estar relacionada con un aumento de los problemas relacionados con la salud en las personas mayores. Estudios previos demuestran que fumadores con múltiples problemas de salud tienen una mayor probabilidad de dejar de fumar ⁸⁵. Los problemas de salud pueden motivar a los fumadores a reducir el número de cigarrillos al día o incluso a abandonar el consumo de forma definitiva.

Otro factor relacionado con el abandono definitivo del tabaco es el estado civil. En nuestra cohorte, el paciente casado tiene mayor probabilidad de dejar de fumar de forma definitiva que el paciente divorciado, pero no así en comparación con el paciente soltero o viudo. El paciente divorciado presenta casi el triple de riesgo de seguir fumando tras el diagnóstico y tratamiento de CECC que el paciente casado. Esto se puede explicar por varios motivos, por un lado la pérdida de una persona querida es una fuente importante de tensión en sí misma, ya sea por fallecimiento del cónyuge o por divorcio/separación marital, que puede provocar un fracaso para abandonar el consumo de tóxicos. Además, el divorcio en comparación con la viudedad asocia otros sentimientos y circunstancias que pueden favorecer aún más el consumo de tóxicos. En muchas ocasiones el individuo divorciado presenta además sentimientos de autoestima baja, ira, sentimiento de insuficiencia, que junto a otras circunstancias como disminución del poder adquisitivo, un movimiento forzado a otra vivienda, pueden favorecer el consumo de tóxicos. En esta línea, el matrimonio a su vez es beneficioso para abandonar el consumo de tabaco, ya que por lo general las personas casadas tienen una mejor situación económica, mayores redes sociales en las que apoyarse y alguien a su lado que les anime a no seguir consumiendo. Esto coincide con lo descrito en otras series ⁷¹, según el estudio publicado por Nosayba Osazuwa-Peters et al. ⁸⁶, los pacientes casados tienen menos probabilidades de ser fumadores al diagnóstico de CECC y según el estudio realizado por Salvatore et al. ⁸⁷ en una muestra de 1790 pacientes, el matrimonio se asocia a una reducción del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en comparación con los individuos divorciados/separados o solteros.

Por otro lado, los pacientes con una dependencia alcohólica baja, según el cuestionario EIDA, presentan un 57% menos de probabilidades de reincidencia del hábito tabáquico que aquellos con una dependencia alcohólica moderada. Los porcentajes de abandono tabáquico en los pacientes bebedores es menor y la recaída es más común. Un estudio publicado en 2016 describe que el consumo de alcohol acelera la rapidez con que el cuerpo metaboliza la nicotina. Este hecho podría ser un factor contribuyente de las bajas tasas de abandono del tabaquismo en los pacientes con adicción al alcohol. El metabolismo de la nicotina es un factor importante que influye en la cantidad de tabaco fumado, en la dependencia y en la eficacia de las terapias sustitutivas de nicotina. Las personas que metabolizan la nicotina de forma más lenta presentan más facilidad para dejar de fumar, ya que la nicotina permanece más tiempo en el organismo. Al beber alcohol la nicotina se metaboliza más rápidamente, favoreciendo un mayor consumo de tabaco ⁸⁸. De todas formas, el porcentaje menor de abandono definitivo de tabaco no se encuentra entre los bebedores, sino entre los consumidores de opiáceos y cocaína ^{89, 90}. Por otro lado, es importante que tengamos en cuenta que el tratamiento que requiere un paciente fumador y consumidor de otras sustancias es diferente al de otros fumadores, generalmente requieren un tratamiento más intensivo y prolongado. El abandono del hábito tabáquico debe integrarse en la atención habitual de los pacientes que consumen alcohol y otras drogas. Dejar de fumar al mismo tiempo que se somete a la deshabituación de otras sustancias no empeora los resultados y puede incluso mejorarlos. Existen estudios que indican que el abandono tabáquico mejora la abstinencia del alcohol y a otras drogas ⁹⁰.

Por otra parte, según nuestro estudio, trabajar en el ámbito de la restauración es un factor protector para el abandono del tabaco respecto trabajar en el ámbito de la limpieza. Este hallazgo es poco valorable ya que la *n* de los dos grupos es muy diferente, un 2% de nuestra muestra trabajaba en el ámbito de la limpieza, frente a un 22,6% que trabajaba en la restauración. Así, este dato probablemente se deba al azar. Sin embargo, con los datos que tenemos no podemos saber si esta proporción se hubiera mantenido al añadir más casos o es fruto de la selección de la muestra. De todas formas, según lo descrito en la literatura, el sector de la restauración presenta tasas más elevadas que el sector de la limpieza para el consumo de drogas ⁶⁴.

En nuestra cohorte, los pacientes con tumores localizados a nivel laríngeo o de la orofaringe presentan un mayor porcentaje de abandono definitivo del hábito tabáquico en comparación con aquellos pacientes con tumores localizados en la hipofaringe. Un 23% de la muestra fue intervenido

de laringectomía total (18,8% laringectomía total, 4,3% faringolaringectomía total), y un 15,4% de orofaringectomía. Los pacientes que presentan barreras físicas para el consumo de tabaco, imposibilidad para inhalar, como secuela del CECC tiene mayor tasas de abandono del tabaco. De hecho, el porcentaje de tabaquismo entre pacientes operados de laringectomía total se encuentra alrededor del 0% ⁹¹.

Para concluir, los individuos que presentan los factores de riesgo que hemos descritos (edad<45, divorciados, localización hipofaríngea, dependencia tabáquica y enólica elevada) son los pacientes que con más probabilidad seguirán fumando tras el diagnóstico de CECC y que por lo tanto, más se beneficiarán de programas de deshabituación específicos.

6.2. Consumo de alcohol y factores relacionados

De entre los 84 pacientes que consumían alcohol al diagnóstico, 29 abandonó el consumo tras el diagnóstico y 35 tras el tratamiento.

Sin embargo, 22 pacientes del total de los 64 pacientes que abandonaron el alcohol volvió a consumir. De tal manera, 42 pacientes de entre los 84 pacientes que consumían alcohol al diagnóstico dejó definitivamente el alcohol (50%), 20 pacientes no lo dejaron en ningún momento (23,8%) y 22 (26,2%) volvió a consumir.

Como se muestra en la tabla 23, el porcentaje de pacientes que continuaron bebiendo fue similar al descrito en otros estudios.

Autor	Año de publicación	Nº de pacientes	Tipo de estudio	% consumidores de alcohol pre-tratamiento	% consumidores de alcohol post-tratamiento
Pallarés Martí	2023	133	Transversal	63	33
Lara Nokovitch ⁴⁶	2023	182	Prospectivo	43	19
Sonia A. Duffy ⁷¹	2008	283	Prospectivo	25	11
Ellen R. Gritz ⁷⁵	1999	105	Prospectivo	64,8	51,9
R. Dammer ⁹²	1998	105	Prospectivo	83,1	65,2

Tabla 23. Consumo de alcohol tras el diagnóstico de CECC según diferentes artículos.

Las variables relacionadas, en nuestra serie, con la reincidencia y la persistencia del consumo enólico fueron la edad, el estado civil y la recidiva tumoral. Como hemos mencionado anteriormente, tanto la edad como el estado civil también presentaron relación estadísticamente significativa con el abandono del consumo de tabaco. Sin embargo, otras variables como la localización tumoral y el grado de dependencia enólica, que sí que mostraban relación con abandono del tabaquismo, no mostraron así relación con el abandono del consumo de alcohol en nuestra serie.

Una de las razones que podría justificar que no hayamos encontrado relación estadísticamente significativa entre la localización tumoral y el abandono del consumo de alcohol es que al contrario de lo que sucedía con el tabaco, donde la capacidad de inhalar humo se veía limitada por la realización de ciertas técnicas quirúrgicas, ningún tratamiento imposibilita la capacidad de consumir líquidos, entre ellos alcohol. En este punto habría que matizar que si bien todo tratamiento para el CECC puede provocar en mayor o menor medida un grado de disfagia, siempre existirán alternativas a la vía oral para el consumo de alcohol. Por lo general, la cirugía produce una remodelación de la región faringolaríngea, provocando disfagia post tratamiento en un alto porcentaje de pacientes que se recupera tras técnicas rehabilitadoras alrededor del mes posterior a la cirugía. Por otro lado, la radioterapia (RT) puede provocar xerostomía, mucositis, trismus o fibrosis de la musculatura faríngea, entre otras alteraciones, todas ellas favoreciendo el desarrollo de disfagia. Además, cuando se realiza combinada con quimioterapia (QT), estos efectos se agudizan, aumentando la gravedad de la disfagia con aparición de aspiración y sus complicaciones^{93, 94}. Sin embargo, a pesar de estas

situaciones limitantes existen pacientes que continúan consumiendo alcohol a través de la sonda de alimentación (sonda nasogástrica o de gastrostomía).

Por otra parte, llama la atención dos de los resultados obtenidos en relación a la dependencia alcohólica, evaluada mediante el cuestionario EIDA. Por un lado, no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia alcohólica y la probabilidad de abandonar el consumo de alcohol, al contrario de lo que sucedía con el tabaco y por otro lado el 86,5% de la muestra presentaba un grado de dependencia leve según el cuestionario EIDA, dato que contrasta con el hecho de que el 53,4% de la muestra presentara un consumo de riesgo (>28 UBEs semana). Esto se puede deber a una limitación del propio estudio; una de las principales cualidades del cuestionario EIDA es valorar un fenómeno nuclear de la dependencia como es la pérdida de control y para ello el periodo evaluado con el cuestionario corresponde a los últimos 6 meses. Es probable que al haber evaluando un periodo superior a 6 meses, el paciente subestime ciertas conductas y los valores obtenidos sean menores a los que se hubieran obtenido si se hubiera contestado el cuestionario al diagnóstico.

Como ya se ha expuesto en el apartado de resultados, en nuestro estudio pertenecer al grupo de edad <45 años se considera un factor de riesgo tanto para la reincidencia como para la persistencia del hábito enólico en comparación con las edades comprendidas entre 45 y 65 años. Al igual que sucedía con el tabaco, este dato concuerda con lo descrito en otras series, donde la frecuencia de consumo post-tratamiento disminuyó a medida que aumentaba la edad de los pacientes ^{71, 75}. Una de las razones que pueden justificar este hallazgo es que la gente joven suele tener mayor actividad social, donde además el consumo de alcohol forma parte del rito de convivencia social, tienden a beber grandes cantidades de alcohol a fin de divertirse gracias a las propiedades psicotrópicas de éste. Las motivaciones conductuales de este tipo de consumo (atracción) se relacionan con la falta de conciencia de los efectos nocivos del alcohol. Con la edad es más habitual tener una o varias patologías relacionadas con el alcohol que motiven el abandono definitivo del consumo. Además, al envejecer, los individuos metabolizan el alcohol más lentamente. Así, permanece más tiempo en el cuerpo y disminuye la tolerancia al mismo. Estas razones podrían justificar los resultados obtenidos.

Al igual que sucedía con el tabaco, encontramos relación estadísticamente significativa entre el abandono del consumo de alcohol y el estado civil. En nuestra cohorte, el estar casado supone un factor protector para el abandono definitivo frente al grupo de pacientes divorciados o viudos. No así en comparación con el grupo soltero. Como hemos mencionado anteriormente, este dato también concuerda con lo descrito en la bibliografía ⁸⁷. Existen estudios que demuestran la relación entre el consumo de alcohol y eventos estresantes como es la pérdida de una persona querida, ya sea por fallecimiento del cónyuge o por divorcio/separación marital, que se asocia a una serie de sentimientos y circunstancias que pueden favorecer el consumo de tóxicos. Asimismo, el matrimonio a su vez es beneficioso para abandonar el consumo de alcohol, ya que por lo general, las personas casadas tienen una mejor situación socioeconómica y alguien a su lado que les motiva a dejar de consumir.

Otro factor relacionado con la reincidencia del consumo de alcohol es la recidiva tumoral. Según los resultados obtenidos en nuestra serie, los pacientes que recidivan tienen más del doble de riesgo de reincidir en el consumo de alcohol en comparación con los pacientes que no presentan una recidiva tumoral. Se define como recidiva tumoral a la reaparición del tumor maligno tras un periodo más o menos largo de ausencia de enfermedad. La recidiva tumoral reduce el 15% la supervivencia general de los pacientes con CECC y es la principal causa de mortalidad en los pacientes con CECC avanzado ⁹⁵. Como hemos ido discutiendo a lo largo de este apartado, cualquier estado emocional negativo o de conflicto puede provocar una recaída para el consumo de tóxicos. Una de las razones que puede explicar que los pacientes con recidiva tumoral tengan más riesgo de recaer en el consumo de alcohol y no así en el consumo de tabaco son las propiedades analgésicas del etanol ⁹⁶. Investigaciones recientes sugieren que el 28% de las personas que tiene dolor crónico recurren al alcohol para aliviar su sufrimiento. De hecho, la abstinencia del uso crónico de alcohol con frecuencia aumenta la sensibilidad al dolor, lo que podría hacer que algunas personas sigan bebiendo o incluso aumenten su consumo para evitar el aumento del dolor causado por la abstinencia por un lado y la recidiva tumoral por el otro.

Para concluir, los individuos que presentan los factores de riesgo antes mencionados (edad < 45, divorciados y viudos, y presencia de recidiva tumoral) son los pacientes que presentan más riesgo de consumir alcohol a pesar del diagnóstico y tratamiento de CECC y que por lo tanto, más se beneficiarán de programas de deshabituación específicos.

A fin de conseguir tasas más altas de abandono de tóxicos en los pacientes diagnosticados de CECC hemos realizado un protocolo de actuación para este grupo de pacientes siguiendo las recomendaciones de la mayoría de autores ^{49, 97, 98, 99}, el cual presentamos a continuación.

6.3. Propuesta de un circuito de abandono tabáquico y enólico en los pacientes con CECC

A todos los pacientes diagnosticados de CECC se le aconseja sobre la importancia del abandono tabáquico y enólico, sin embargo un elevado porcentaje de pacientes continúa fumando tras el diagnóstico y tratamiento. Existe escasa investigación sobre intervenciones específicas para el cese del consumo de tabaco y de alcohol en el grupo específico de pacientes con CECC. Por ello, consideramos de gran importancia implementar protocolos y circuitos de deshabituación específicos para este grupo de pacientes.

Se estima que el 70% de los fumadores quieren dejar de fumar y que más de la mitad lo han intentado en el último año. Sin embargo, sólo el 30% de los fumadores buscan ayuda. Al año de dejar de fumar únicamente el 3-6% de los pacientes consiguen la abstinencia tabáquica sin ayuda profesional. Sin embargo, las tasas aumentan hasta el 30% si el paciente recibe apoyo profesional adecuado. La combinación de intervenciones psicológicas y tratamiento psicofarmacológico es el abordaje más efectivo. Tanto las intervenciones individuales como las grupales aumentan las tasas de abandono del consumo de tabaco y todas ellas son superiores a las intervenciones de autoayuda. Asimismo, las intervenciones telefónicas y por web también han demostrado efectividad. El objetivo del tratamiento farmacológico es reducir los síntomas de abstinencia y así conseguir la interrupción del consumo. Actualmente, los tratamientos considerados de primera línea son la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en sus diferentes presentaciones, y el tratamiento farmacológico de prescripción

médica, bupropion (Zyntabac®) y la citisina (Todacitan®), siendo la citisina es el tratamiento de primera elección.

A continuación presentamos un protocolo específico para el abandono del consumo de tabaco en este grupo de pacientes (fig. 18):

Intervención breve del tabaco en los pacientes con Carcinoma Escamoso de Cabeza y Cuello

 Diagnóstico	Analizar-Anotar-Aconsejar - Preguntar a los pacientes si fuman, la cantidad de cigarrillos/día - Anotarlo en la historia clínica - Aconsejar el abandono del tabaco (ej. es importante que deje de fumar....el tabaco es un factor de riesgo de CECC y se relaciona con una menor supervivencia.)
 Ingreso hospitalario	Ayudar - Valorar la disposición y la motivación del paciente - Analizar el grado de dependencia - Ofrecer ayuda: derivar al CASD, ofrecer ayuda farmacológica (TSN) (Citisina) (Bupropión)
 Tratamiento	Ayudar - Valorar la disposición y la motivación del paciente - Analizar el grado de dependencia - Ofrecer ayuda: derivar al CASD, ofrecer ayuda farmacológica (TSN) (Citisina) (Bupropión)
 Seguimiento	Analizar-Anotar-Ayudar - Preguntar persistencia o recaída del consumo de tabaco - Anotarlo en la historia clínica - Ofrecer ayuda: derivar al CASD, ofrecer ayuda farmacológica (TSN)

Índice de dependencia de la nicotina

• ¿Cuántos cigarros fuma al día?

< 10 cig. [0]

11-20 cig. [1]

21-30 cig. [2]

≥ 31cig. [3]

• ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?

< 5 min. [3]

6-30 min. [2]

31-60 min [1]

> 60 min. [0]

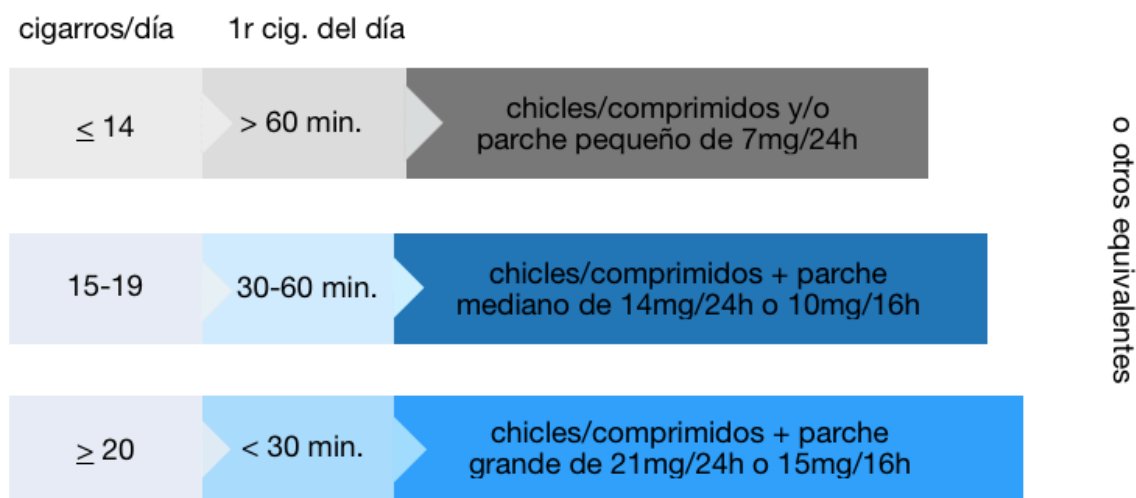
Dependencia:

baja (0-2)

media (3-4)

alta (5-6)

Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN). Criterios orientativos



(Tratamiento mín. 12 semanas con dosis progresivamente decrecientes cada 2-4 semanas)

Citisina

Todacitan® Recigarum®

Posología y forma de administración

Días de tratamiento	Dosis recomendada	Dosis diaria máxima
Del 1º al 3º día	1 comp. cada 2 h	6 comprimidos
Del 4º al 12º día	1 comp. cada 2,5 h	5 comprimidos
Del 13º al 16º día	1 comp. cada 3 h	4 comprimidos
Del 17º al 20º día	1 comp. cada 5 h	3 comprimidos
Del 21º al 25º día	1 comp. cada día	Hasta 2 comprimidos

Dejar de fumar como máximo **al 5º día de tratamiento**.

Fumar durante el tratamiento podría **empeorar las reacciones adversas**.

En caso de fracaso del tratamiento, éste se debe interrumpir y podrá reanudarse en 2-3 meses.

Recomendaciones de seguridad	Contraindicaciones
 Evitar en insuficiencia renal o hepática (no experiencia clínica) >65 Evitar en >65 y <18 años (escasa experiencia)  Fumar o usar productos con nicotina puede provocar reacciones adversas más graves	▸ Hipersensibilidad al principio activo o excipientes ▸ Angina inestable ▸ Antecedentes de IAM reciente ▸ Arritmias con relevancia clínica ▸ Antecedente reciente de ACV ▸ Embarazo y lactancia
	Principales efectos secundarios
	▸ Tracto gastrointestinal (sobre todo al inicio) ▸ Boca seca, alteración del gusto ▸ Cambios de apetito y aumento de peso ▸ Mareos, cefaleas, mialgias, astenia ▸ Trastornos de frecuencia cardíaca, hipertensión ▸ Cambios de humor, trastornos del sueño

Bupropión

Zyntabac® Elontril®

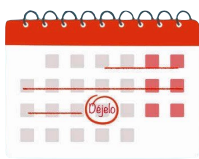
Posología	Principales efectos secundarios	Contraindicaciones
▸ Dejar de fumar la primera o segunda semana de tratamiento.  ▸ Inicio escalonado: De 150 mg/día (la primera semana, habitualmente) a dos comprimidos de 150 mg/día.	Dificultad para dormir, boca seca, cefaleas, náuseas y reacciones dermatológicas.	▸ Pacientes con riesgo crisis convulsivas: epilepsia, tumor cerebral, traumatismo craneal, tratamiento con fármacos que disminuyen el umbral convulsivo (antidepresivos, antipsicóticos, teofilina, tramadol, corticoides sistémicos, antipalúdicos, quinolonas). ▸ Hipersensibilidad al fármaco, embarazo, antecedentes de anorexia o bulimia, trastorno bipolar, cirrosis hepática grave, dependencia al alcohol o en tratamiento de deshabituación del alcohol o benzodiacepinas.

Figura 18. Intervención breve del tabaco en los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello.

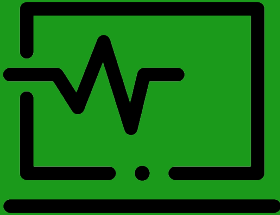
En cuanto a la deshabituación enólica, consideramos que tanto el tratamiento de la desintoxicación como el de la deshabituación enólica tiene que ser llevado a cabo por profesionales especializados en adicciones. Durante el proceso de desintoxicación puede aparecer un síndrome de abstinencia que puede comportar complicaciones graves para la salud del pacientes. El síndrome de abstinencia no es predecible, por eso es recomendable el uso de fármacos (benzodiacepinas) de forma preventiva en todas las desintoxicaciones. Las benzodiacepinas (BZD) presentan una tolerancia cruzada con el alcohol, por eso es en la mayoría de casos el fármaco de elección para tratar la desintoxicación enólica. Ninguna BZD ha demostrado una eficacia superior a las otras, por lo que la elección de una u otra BZD está determinada por otros aspectos como por ejemplo si el tratamiento será ambulatorio o con ingreso hospitalario, el tipo de metabolización hepática, etc.

Además, de manera rutinaria se administran fórmulas terapéuticas que contengan vitamina B para evitar la aparición de síntomas que conforman el síndrome de Wernicke-Korsakov.

Una vez completada la desintoxicación el paciente entra en la fase de deshabituación. Es el proceso donde el paciente tiene que aprender a vivir sin alcohol. La deshabituación alcohólica comprende estrategias psicoterapéuticas y estrategias farmacológicas. Por un lado, el tratamiento psicológico basado en la entrevista motivacional y en la terapia cognitiva conductual son las que presentan más evidencia científica en la actualidad. Además, existen varios fármacos aprobados en la Unión Europea para el tratamiento de la dependencia alcohólica: el disulfiram, la naltrexona, el acamprosato, el nalmefeno y oxibato sódico.

A continuación presentamos un algoritmo de actuación específico por la deshabituación enólica en el paciente con CECC (fig.19):

Intervención breve del alcohol en los pacientes con Carcinoma Escamoso de Cabeza y Cuello

 Diagnóstico	Analizar-Anotar-Aconsejar - Preguntar a los pacientes si beben, la cantidad de UBE/día - Anotarlo en la historia clínica - Aconsejar el abandono del alcohol (ej. es importante que deje de beber.....el alcohol es un factor de riesgo de CECC y se relaciona con una menor supervivencia.)
 Ingreso hospitalario	Ayudar - Valorar la disposición y la motivación del paciente - Analizar el grado de dependencia - Prevenir síndrome de abstinencia (Benzodiacepinas) - Ofrecer ayuda: derivar al CASD
 Tratamiento	Ayudar - Valorar la disposición y la motivación del paciente - Analizar el grado de dependencia - Ofrecer ayuda: derivar al CASD
 Seguimiento	Analizar-Anotar-Ayudar - Preguntar persistencia o recaída del hábito enólico - Anotarlo en la historia clínica - Ofrecer ayuda: derivar al CASD

Cálculo de las Unidades de Bebida Estándar (UBE)

1 UBE = 10 g de alcohol puro	
 Una copa de vino o cava Una cerveza Un carajillo Un chupito	1 UBE 2 UBE  Una copa de coñac o licor Un whisky Un combinado (cubata)

Síndrome de abstinencia: desorientación, alteraciones en la atención, sudoración, insomnio, ansiedad, temblor, taquicardia, síntomas gastrointestinales, agitación, alteraciones en el contacto con los demás, alucinaciones, ideas delirantes y crisis convulsivas.

Figura 19. Intervención breve del alcohol en los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello.

7. Conclusiones

1. De entre los fumadores un 65% continuó fumando a pesar del diagnóstico y tratamiento de carcinoma escamoso de cabeza y cuello. Un 50% de los pacientes que consumían alcohol al diagnóstico siguió bebiendo a pesar del diagnóstico y tratamiento de carcinoma escamoso de cabeza y cuello.
2. Las variables que se relacionaron con la reincidencia y la persistencia del tabaquismo fueron:
 - La edad: pertenecer al grupo de edad < 45 años es un factor de riesgo tanto para la reincidencia como para la persistencia del consumo en comparación con las edades comprendidas entre 45 y 74 años.
 - El estado civil: el paciente divorciado tiene tres veces más probabilidades de reincidencia y persistencia del consumo en comparación con el paciente casado.
 - Localización tumoral: los pacientes con tumores localizados a nivel laríngeo o de la orofaringe presentan un mayor porcentaje de abandono definitivo del consumo en comparación con aquellos pacientes con tumores localizados en la hipofaringe.
 - Dependencia tabáquica: los pacientes con una dependencia tabáquica baja, según el test de Glover-Nilsson, presentan un 74% más de probabilidades de conseguir el abandono definitivo que aquellos que presentan una dependencia moderada.
 - Dependencia alcohólica: los pacientes con una dependencia alcohólica baja, según el cuestionario EIDA, presenta un 57% menos de probabilidades de reincidencia del consumo que aquellos con una dependencia alcohólica moderada.
 - Profesión: los pacientes que trabajaban en el ámbito de la limpieza presentaban un mayor riesgo de persistencia del consumo en comparación con los pacientes que trabajaban en el sector de la restauración.

3. Las variables relacionadas tanto con la persistencia como con la reincidencia del consumo enólico fueron:

- La edad: pertenecer al grupo de edad < 45 años es un factor de riesgo tanto para la reincidencia como para la persistencia del consumo en comparación con las edades comprendidas entre 45 y 65 años.
- El estado civil: el estar casado es un factor protector para el abandono definitivo del consumo frente al grupo de pacientes divorciados o viudos.
- La recidiva tumoral: los pacientes con recidiva tumoral presentan el doble de riesgo de reincidir en el consumo en comparación con los pacientes que no presentan recidiva tumoral.

8. Bibliografía

1. Rettig EM, D'Souza G. Epidemiology of Head and Neck Cancer. *Surgical Oncology Clinics of North America*. 2015 Jul;24(3):379–96.
2. Smith EM, Rubenstein LM, Haugen TH, Hamsikova E, Turek LP. Tobacco and alcohol use increases the risk of both HPV-associated and HPV-independent head and neck cancers. *Cancer Causes Control*. 2010 Sep;21(9):1369–78.
3. Rosenquist K, Wennerberg J, Annertz K, Schildt EB, Göran Hansson B, Bladström A, et al. Recurrence in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: human papillomavirus and other risk factors. *Acta Oto-Laryngologica*. 2007 Jan;127(9):980–7.
4. Silverman S, Gorsky M, Greenspan D. Tobacco Usage in Patients with Head and Neck Carcinomas: A Follow-Up Study on Habit Changes and Second Primary Oral/Oropharyngeal Cancers. *The Journal of the American Dental Association*. 1983 Jan;106(1):33–5.
5. Marur S, Forastiere AA. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Update on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016 Mar;91(3):386–96.
6. Bastera Alegría Jorge. Otorrinolaringología y patología cervicofacial: manual ilustrado. 2ª ed. Amsterdam: Elsevier; 2015.
7. Vercken S. Otorrinolaringología. Ed. española. Paris: EMC, Encyclopédie médico-chirurgicale Elsevier; 2000.
8. Molina Montes B. Embriología y anatomía de la cavidad oral y faringe. En: SEORL, editor. Libro virtual de formación en ORL. Disponible en: <https://estomatologia2.files.wordpress.com/2016/09/embriologc3ada-y-anatome3ada-de-la-cavidad-oral-y-faringe1.pdf>
9. <https://clasesparticularesdebioquimica.files.wordpress.com/2017/06/faringe.pdf>
Accedido el 12 de agosto de 2023.
10. Henry Gray FRS. *Anatomy of the human body* [Internet]. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Lea & Febiger; 1918. Disponible en: <http://archive.org/details/anatomyofhumanbo1918gray/page/n5/mode/2up?view=theater>

11. Khaderi SA. Introduction. Clinics in Liver Disease. 2019 Feb;23(1):1–10.
12. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Jul 12]. 450 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
13. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones INFORME 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.
14. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones INFORME 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.
15. Meadows GG, Zhang H. Effects of Alcohol on Tumor Growth, Metastasis, Immune Response, and Host Survival. Alcohol Res. 2015;37(2):311–22.
16. Rumgay H, Murphy N, Ferrari P, Soerjomataram I. Alcohol and Cancer: Epidemiology and Biological Mechanisms. Nutrients. 2021 Sep 11;13(9):3173.
17. Marziliano A, Teckie S, Diefenbach MA. Alcohol-related head and neck cancer: Summary of the literature. Head & Neck. 2020 Apr;42(4):732–8.
18. Yokoyama A. Genetic Polymorphisms of Alcohol and Aldehyde Dehydrogenases and Risk for Esophageal and Head and Neck Cancers. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2003 Mar 1;33(3):111–21.
19. Maier H, Weidauer H. [Alcohol drinking and tobacco smoking are the chief risk factors for ENT tumors. Increased incidence of mouth cavity, pharyngeal and laryngeal carcinomas]. Fortschr Med. 1995 Apr 20;113(11):157–60.
20. Raitiola HS, Pukander JS. Etiological Factors of Laryngeal Cancer. Acta Oto-Laryngologica. 1997 Jan;117(sup529):215–7.
21. Brownson RC, Chang JC. Exposure to alcohol and tobacco and the risk of laryngeal cancer. Arch Environ Health. 1987;42(4):192–6.
22. Espinosa J, Bravo P, Baron MG. Influence of tobacco on laryngeal carcinoma in Spain. Neoplasma. 1992;39(5):319–22.

23. Trigg DJ, Lait M, Wenig BL. Influence of Tobacco and Alcohol on the Stage of Laryngeal Cancer at Diagnosis: The Laryngoscope. 2000 Mar;110(3):408–11.
24. Purdue MP, Hashibe M, Berthiller J, La Vecchia C, Maso LD, Herrero R, et al. Type of Alcoholic Beverage and Risk of Head and Neck Cancer—A Pooled Analysis Within the INHANCE Consortium. American Journal of Epidemiology. 2009 Jan 15;169(2):132–42.
25. Ahmad Kiadaliri A, Jarl J, Gavriilidis G, Gerdtham UG. Alcohol Drinking Cessation and the Risk of Laryngeal and Pharyngeal Cancers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Timmer A, editor. PLoS ONE. 2013 Mar 1;8(3):e58158.
26. Salcedo-Bellido I, Requena P, Mateos R, Ortega-Rico C, Olmedo-Requena R, Lozano-Lorca M, et al. Factors associated with the development of second primary tumours in head and neck cancer patients. European J Cancer Care [Internet]. 2022 Nov [cited 2023 Jul 18];31(6). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13699>
27. León X, Venegas MDP, Orús C, López M, García J, Quer M. Influence of the persistence of tobacco and alcohol use in the appearance of second neoplasm in patients with a head and neck cancer. A case-control study. Cancer Causes Control. 2009 Jul;20(5):645–52.
28. Rubio Monteverde Horacio, Rubio Magaña Alessandro. Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2023 Jul 19] ; 19(4): 297-300. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400013&lng=es.
29. César Cervera. Así castigó la inquisición española al primer fumador de tabaco europeo. ABC. 2018 Mar 19.
30. Simpson D. Sir Richard Doll, 1912-2005. Tobacco Control. 2005 Oct 1;14(5):289–90.
31. World Health Organization. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 : plan de medidas MPOWER. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. 2008 [cited 2023 Jul 19]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43897>

32. Drope J, Schluger NW. The tobacco atlas. Sixth edition. Atlanta, Georgia, New York, NY: American Cancer Society ; Vital Strategies; 2018.
33. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review: Hiscock et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012 Feb;1248(1):107–23.
34. Martín Álvarez JM, Barrientos Marín J, Millán JM. The relationship between the socio-economic gradient and cigarette consumption in Spain. *Adicciones*. 2022 Apr 1;34(2):94–109.
35. Franceschi S, Talamini R, Barra S, Barón AE, Negri E, Bidoli E, et al. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. *Cancer Res*. 1990 Oct 15;50(20):6502–7.
36. La Vecchia C, Franceschi S, Bosetti C, Levi F, Talamini R, Negri E. Time Since Stopping Smoking and the Risk of Oral and Pharyngeal Cancers. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 1999 Apr 21;91(8):726–8.
37. Browman GP, Wong G, Hodson I, Sathya J, Russell R, McAlpine L, et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med*. 1993 Jan 21;328(3):159–63.
38. Jensen JA. Cigarette Smoking Decreases Tissue Oxygen. *Arch Surg*. 1991 Sep 1;126(9):1131.
39. Fakhry C, Westra WH, Li S, Cmelak A, Ridge JA, Pinto H, et al. Improved Survival of Patients With Human Papillomavirus-Positive Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in a Prospective Clinical Trial. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 2008 Feb 20;100(4):261–9.
40. Khariwala SS, Hatsukami D, Hecht SS. Tobacco carcinogen metabolites and DNA adducts as biomarkers in Head and Neck cancer: Potential screening tools and prognostic indicators. Myers JN, editor. *Head Neck*. 2012 Mar;34(3):441–7.
41. Brown BG, Borschke AJ, Doolittle DJ. An Analysis of the Role of Tobacco-Specific Nitrosamines in the Carcinogenicity of Tobacco Smoke. *Nonlinearity in Biology, Toxicology, Medicine*. 2003 Apr 1;1(2):154014203914343.

42. Yuan JM, Knezevich AD, Wang R, Gao YT, Hecht SS, Stepanov I. Urinary levels of the tobacco-specific carcinogen N'-nitrosonornicotine and its glucuronide are strongly associated with esophageal cancer risk in smokers. *Carcinogenesis*. 2011 Sep 1;32(9):1366–71.
43. Xue J, Yang S, Seng S. Mechanisms of Cancer Induction by Tobacco-Specific NNK and NNN. *Cancers*. 2014 May 14;6(2):1138–56.
44. Hecht SS, Stepanov I, Carmella SG. Exposure and Metabolic Activation Biomarkers of Carcinogenic Tobacco-Specific Nitrosamines. *Acc Chem Res*. 2016 Jan 19;49(1):106–14.
45. Stepanov I, Muzic J, Le CT, Sebero E, Villalta P, Ma B, et al. Analysis of 4-Hydroxy-1-(3-pyridyl)-1-butanone (HPB)-Releasing DNA Adducts in Human Exfoliated Oral Mucosa Cells by Liquid Chromatography–Electrospray Ionization–Tandem Mass Spectrometry. *Chem Res Toxicol*. 2013 Jan 18;26(1):37–45.
46. Nokovitch L, Kim Y, Zrounba P, Roux PE, Poupart M, Giagnorio R, et al. Addictions, Social Deprivation and Cessation Failure in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Survivors. *Cancers*. 2023 Feb 15;15(4):1231
47. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
48. World Health Organization, editor. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [10a rev.]. Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995. 3 p. (Publicación científica).
49. Prevención del tabaquismo. 2022 Jun;24(12).
50. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988 Oct 8;297(6653):897–9.
51. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=19>
Accedido el 10 de febrero de 2022.
52. Costa Requena G, Salamero M, Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*. 2007 May;128(18):687–91.

53. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Beamonte A, Sobradíel N, Bernal V, et al. Assessment of Behavioral Dependence With the Glover-Nilsson Test in Smoking Cessation Treatment. Archivos de Bronconeumología ((English Edition)). 2005 Sep;41(9):493–8.
54. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care.
55. Contel Guillamón M, Gual Solé A, Colom Farran J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones. 1999 Dec 15;11(4):337.
56. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol. 1995 Jul;56(4):423–32.
57. Pérula De Torres LA, Fernández-García JA, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. Atención Primaria. 2005 Nov; 36(9):499–506.
58. Bobes J, G-PortillaMP, Bascarán MT, Bousoño M. Capítulo3. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas. En: Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Ars Médica. 2o ed, 2002 p. 15-26.
59. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones INFORME 2022 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.
60. Navalón Mira A, Ruiz-Callado R. Consumo de sustancias psicoactivas y rendimiento académico. Una investigación en estudiantes de educación secundaria obligatoria. Salud y drogas [Internet]. 2017;17(1):45-52. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782005>.
61. Carrasco González A. M, Barriga Jiménez S, , León Rubio J. M. Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes . Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2004;9(2):205-226. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290201>.

62. Kovacs FM, Gil del Real MT, Gestoso M, López J, Mufraggi N, Palou P. Relación entre hábitos de vida y calificaciones escolares en adolescentes. *Apunts Sports Medicine*. 2008;43(160):181–8.
63. Nelson DE, Giovino GA, Shopland DR, Mowery PD, Mills SL, Eriksen MP. Trends in cigarette smoking among US adolescents, 1974 through 1991. *Am J Public Health*. 1995 Jan;85(1):34–40.
64. Bush DM, Lipari RN. Substance Use and Substance Use Disorder by Industry. 2015 Apr 16. In: *The CBHSQ Report*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343542/>
65. Ossola P, Gerra MC, Gerra ML, Milano G, Zatti M, Zavan V, et al. Alcohol use disorders among adult children of alcoholics (ACOAs): Gene-environment resilience factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021 Jun;108:110167.
66. Knorring AL. Annotation: Children of Alcoholics. *J Child Psychol & Psychiat*. 1991 Mar;32(3):411–21.
67. Loureiro ML, Sanz-de-Galdeano A, Vuri D. Smoking Habits: Like Father, Like Son, Like Mother, Like Daughter?*: Smoking habits. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*. 2010 Dec;72(6):717–43
68. Van Heest T, Rubin N, Khariwala SS. Persistent Tobacco Use After Treatment for Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Jul 1;148(7):597–603.
69. Chen AM, Vazquez E, Courquin J, Donald PJ, Farwell DG. Tobacco use among long-term survivors of head and neck cancer treated with radiation therapy: Tobacco in head and neck cancer. *Psycho-Oncology*. 2014 Feb;23(2):190–4.
70. Pinto FR, De Matos LL, Segundo WG, Salles Vanni CMR, Rosa DS, Kanda JL. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2011 Mar;57(2):171–6.
71. Duffy SA, Khan MJ, Ronis DL, Fowler KE, Gruber SB, Wolf GT, et al. Health behaviors of head and neck cancer patients the first year after diagnosis. *Head Neck*. 2008 Jan;30(1):93–102.

72. Lambert M, Terrell J, Copeland L, Ronis D, Duffy S. Cigarettes, alcohol, and depression: Characterizing head and neck cancer survivors in two systems of care. *Nicotine & Tobacco Research*. 2005 Apr 1;7(2):233–41.
73. León X, Del Prado Venegas M, Orús C, Costey M, Díez S, Quer M. Prevalencia en el consumo de tabaco y alcohol tras tratamiento en pacientes con carcinomas de cabeza y cuello: un estudio transversal. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2002 Jan;53(10):764–70.
74. Christensen AJ, Moran PJ, Ehlers SL, Raichle K, Karnell L, Funk G. Smoking and drinking behavior in patients with head and neck cancer: effects of behavioral self-blame and perceived control. *Journal of Behavioral Medicine*. 1999;22(5):407–18.
75. Gritz ER, Carmack CL, de Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers EG, et al. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol*. 1999 Jan;17(1):352–60.
76. Moore C. Cigarette smoking and cancer of the mouth, pharynx, and larynx. A continuing study. *JAMA*. 1971 Oct 25;218(4):553–8.
77. Fowler CD, Turner JR, Imad Damaj M. Molecular Mechanisms Associated with Nicotine Pharmacology and Dependence. In: Nader MA, Hurd YL, editors. *Substance Use Disorders* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cited 2023 Sep 6]. p. 373–93. (Handbook of Experimental Pharmacology; vol. 258). Available from: http://link.springer.com/10.1007/164_2019_252
78. Ripoll Perelló J, Barrés Fernández PC, Pick Martín J. [Study of correlation between different scales that measure smoking dependence]. *Aten Primaria*. 2023 Mar;55(3):102581.
79. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do?metodo=verDetalle&cn=723566>
Accedido el 9 de marzo de 2023.
80. Ark WV, DiNardo LJ, Oliver DS. Factors Affecting Smoking Cessation in Patients With Head and Neck Cancer. *Laryngoscope*. 1997 Jul;107(7):888–92.
81. Chen DBK Kevin. Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 19911993. *Nicotine & Tobacco Research*. 2000 Aug 1;2(3):263–74.

82. Park S, Lee JY, Song TM, Cho SI. Age-associated changes in nicotine dependence. *Public Health*. 2012 Jun;126(6):482–9.
83. Court JA, Lloyd S, Johnson M, Griffiths M, Birdsall NJ, Piggott MA, et al. Nicotinic and muscarinic cholinergic receptor binding in the human hippocampal formation during development and aging. *Brain Res Dev Brain Res*. 1997 Jul 18;101(1–2):93–105.
84. Hukkanen J, Jacob P, Benowitz NL. Metabolism and Disposition Kinetics of Nicotine. *Pharmacol Rev*. 2005 Mar;57(1):79–115.
85. Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Zvolensky MJ, Mitchell M, Collins N, Blazer DG. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: The role of health problems and psychological distress. *Nicotine & Tobacco Research*. 2009 Apr;11(4):433–43.
86. Osazuwa-Peters N, Adjei Boakye E, Chen BY, Tobo BB, Varvares MA. Association Between Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Survival, Smoking at Diagnosis, and Marital Status. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2017 Nov 9 [cited 2023 Jul 18]; Available from: <http://archotol.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamaoto.2017.1880>
87. Salvatore JE, Gardner CO, Kendler KS. Marriage and reductions in men's alcohol, tobacco, and cannabis use. *Psychol Med*. 2020 Nov;50(15):2634–40.
88. Gubner NR, Kozar-Konieczna A, Szoltysek-Boldys I, Slodczyk-Mankowska E, Goniewicz J, Sobczak A, et al. Cessation of alcohol consumption decreases rate of nicotine metabolism in male alcohol-dependent smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016 Jun;163:157–64.
89. Mendelsohn CP, Wodak Am A. Smoking cessation in people with alcohol and other drug problems. *Aust Fam Physician*. 2016 Aug;45(8):569–73.
90. Thurgood SL, McNeill A, Clark-Carter D, Brose LS. A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Nicotine Tob Res*. 2016 May;18(5):993–1001.
91. Eichler M, Keszte J, Meyer A, Danker H, Guntinas-Lichius O, Oeken J, et al. Tobacco and alcohol consumption after total laryngectomy and survival: A German multicenter prospective cohort study. *Head Neck*. 2016 Sep;38(9):1324–9.

92. Dammer R, Neiderdellmann H, Friesenecker J, Fleischmann H, Herrmann J, Kreft M. [Withdrawal therapy of patients with alcoholism and nicotine dependence with carcinomas in the area of the head and neck. Luxury or necessity?]. Mund Kiefer Gesichtschir. 1998 Mar;2(2):78–84.
93. Jaume Bauzá G, Gutiérrez Fonseca R. Disfagia Orofaríngea. Ponencia Oficial. Primera edición. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello; 2022.
94. ICO-ICSPraxis para el tratamiento médico y con irradiación del cáncer de orofaringe, cavidad oral, hipofaringe, laringe, nasofaringe y carcinoma escamoso cervical de origen desconocido. 3ª edición. 2022.
95. Álvarez Marcos CA, Llorente Pendás JL, Franco Gutiérrez V, Fernández Espina H, Alonso Guervós M, Suárez Nieto C, et al. Recidivas en el cáncer escamoso de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaringológica Española. 2007 Apr;58(4):156–63.
96. Thompson T, Oram C, Correll CU, Tsermentseli S, Stubbs B. Analgesic Effects of Alcohol: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Experimental Studies in Healthy Participants. The Journal of Pain. 2017 May;18(5):499–510.
97. <https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/tractament/alcohol/arxius/triptic.pdf>
Accedido el 12 de agosto de 2023.
98. Ballbè M, Gual A, coordinadors. Guia d'intervenció clínica en el consum de tabac en pacients amb trastorn mental. Barcelona: Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, Institut Català d'Oncologia, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2012.
99. <http://educacionpapps.blogspot.com/2023/02/financiacion-de-citisina-para-dejar-de.html>
Accedido el 12 de agosto de 2023.

9. Anexos

9.1. Anexo 1. Consentimiento informado

IMPRESO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES A INCLUIR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION

TÍTULO: Evolución de los hábitos tóxicos en los pacientes diagnosticados de carcinoma escamoso de cabeza y cuello

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Enrique Zapater Latorre

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es analizar los cambios en el consumo de alcohol y tabaco antes y después del diagnóstico y tratamiento de diferentes tipos de cánceres de cabeza y cuello.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Ámbito del estudio: Pacientes diagnosticados y tratados de cáncer de cabeza y cuello por el Servicio de Otorrinolaringología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Diseño: Estudio en el que se van a recoger datos acerca del estilo de vida que presentaba el paciente cuando se realizó el diagnóstico de su enfermedad y de su variación con el tratamiento y con los años. También se estudiará el tipo de tumor que presentaba y el tipo de tratamiento recibido.

Método: La obtención de datos se realizará mediante entrevista clínica personal y diferentes cuestionarios que rellenará el propio paciente. La duración de la entrevista es de 5 minutos y de los cuestionarios a rellenar, de 15 minutos.

Determinaciones: Tras la obtención de los datos, se confeccionará una base de datos sobre la cual se efectuarán estudios estadísticos.

Si Ud. está de acuerdo, libremente firme el consentimiento que se adjunta.

RIESGOS Y BENEFICIOS

No existe ningún riesgo asociado a este estudio.

Con su participación en este estudio, usted va a ayudar en el futuro a otros pacientes que padezcan su misma enfermedad.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y no recibirá remuneración alguna.

Como paciente, el rechazo a participar no supondrá ninguna penalización ni afectará a la calidad de la asistencia sanitaria que reciba.

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos personales serán tratados de manera confidencial, y se procesarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantía de los derechos digitales, y Reglamento UE 2016/679. El tratamiento de toda la información obtenida en el estudio está regulado por las leyes nacionales e internacionales de datos y de confidencialidad.

Toda la información obtenida será confidencial, los datos recogidos se introducirán, por el Equipo investigador, en una base de datos para realizar el análisis estadístico pero su nombre no aparecerá en ningún documento del estudio, sólo se le asignará un número. En ningún caso se le identificará en las publicaciones que puedan realizarse con los resultados del estudio. Sin embargo, esta información podrá ser revisada por el Comité Ético de Investigación Clínica de este Hospital así como por organismos gubernamentales competentes. También, si así lo desea, puede ser informado de los resultados del estudio

Si tiene alguna duda o no entiende este texto consulte antes de firmar el documento con la Dra Beatriz Pallarés Martí al nº de teléfono 961932933 que es el médico responsable de esta investigación. Le puede preguntar cualquier duda o problema que tenga relacionado con este estudio y finalmente, si está de acuerdo, firme este consentimiento.

Fdo.: Enrique Zapater Latorre

Investigador Principal del Proyecto

Servicio de Otorrinolaringología

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO DE ESTUDIO

Título del proyecto de investigación: Evolución de los hábitos tóxicos en los pacientes diagnosticados de carcinoma escamoso de cabeza y cuello.

Yo,.....

He leído la hoja de información anterior y he podido hacer preguntas sobre el estudio si lo he creído conveniente, habiendo recibido suficiente información acerca del mismo. Me han garantizado que mi identidad no será publicada. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Doy mi consentimiento para que este material aparezca en informes y artículos de revista de publicaciones médicas.

Valencia, a ____ de _____ de ____.

Firmado

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,(nombre y apellidos del paciente), revoco el consentimiento prestado y no deseo continuar participando en el estudio.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha:/...../.....

Fecha:/...../.....

(Nombre, firma y fecha de puño y letra del paciente)

9.2. Anexo 2. Dictamen CEIC

APROBACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- ANEXO 11 -

Este CEIm tras evaluar en su reunión de

29 de Mayo de 2020

Proyecto investigación

Título:	Evolución de los hábitos tóxicos en los pacientes diagnosticados de carcinoma escamoso de cabeza y cuello.		
I.P.:	Enrique Zapater Latorre	Servicio/Unidad	Otorrinolaringología

Acuerda respecto a esta documentación:

REGISTRO:12/2020

Que se cumplen los requisitos éticos y metodológicos y la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado presentado reúnen las condiciones exigidas por este CEIm, por tanto se decide su APROBACIÓN.

COMPOSICIÓN DEL CEIm

Presidente: Dr. LOPEZ ALCINA, EMILIO (Especialista en Urología)

Vicepresidente: Dr. GARCIA DEL TORO, MIGUEL (Especialista en Enf.Infecciosas)

Vocales:

Dr., ALVAREZ PITI, JULIO (Especialista en Pediatría)

Dr. ANTON GARCIA, FRANCISCO (Especialista en M.Familia Atención Primaria)

Dr. CAMPS HERRERO, CARLOS (Especialista en Oncología)

Dra. LOPEZ ALARCON, DOLORES (Especialista Anestesia y Reanimación)

Dra. MARCAIDA BENITO, GOITZANE (Especialista en Análisis Clínicos)

Dr. MARTORELL ARAGONES, ANTONIO (Especialista Alergología)

Dra. MIR SANCHEZ CAROLINA (Especialista en M.Familia Atención Primaria)

Dra. OCETE MOCHON DOLORES (Especialista en Microbiología)

Dr. QUESADA DORADOR, AURELIO (Especialista en Cardiología)

Dra SAFONT AGUILERA, Mª JOSE (Especialista en Oncología)

Dr. PAYA SERRANO, RAFAEL (Especialista en Cardiología)

Dr. SANCHEZ CARAZO, JOSÉ LUIS (Especialista en Dermatología)

Dr. SANCHEZ JUAN, CARLOS (Especialista en Endocrinología)

Dr. ZAPATER LATORRE, ENRIQUE (Especialista en Otorrinolaringología)

Dra. BLASCO SEGURA, PILAR (Especialista en Farmacia Hospitalaria)

Dr. RUIZ ROJO, ELIAS (Farmacéutico de Atención Primaria)

Dra. PEDROS CHOLVI, CONSUELO (Especialista en Farmacología clínica)

Dr. CORTIJO GIMENO, JULIO (Especialista en Farmacia)

Don GRACIA PEREZ FRANCISCO JAVIER (Enfermero)

Dña MARTÍ MONROS, ANNA (Enfermera)

Dña BALAGUER CUSI, PEPA (Coordinadora de la Asociación Valenciana Síndrome Prader-Willi, miembro independiente del centro, Comisión de Bioética, Experta en Bioética)

Dña DOMINGUEZ GARCIA, CONCEPCION (Licenciado en derecho)

Dña SARMIENTO CABAÑES, Mª DEL CARMEN (Miembro independiente del centro)

Secretaría Técnica: Dr .BERNALTE SESE, ALEJANDRO (Especialista en Farmacia Hospitalaria)

El CEIm del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) tanto en su composición como en sus procedimientos y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEIm es la indicada en el anexo I, teniendo en cuenta que en el caso de que algún miembro participe en el ensayo o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del ensayo clínico

Lo que comunico a efectos oportunos:

Valencia a 01 de junio de 2020

Fdo. Dr. Emilio Lopez Alcina
(Presidente CEIm CHGUV)

