



ORIGINAL

¿Por qué y cómo tener en cuenta al cannabis en nuestros pacientes fumadores?



Eduardo Olano Espinosa^{a,*}, Adelaida Lozano Polo^b, Marc Grifell Guàrdia^c,
María Cristina Pinet Ogué^d, Manuel Isorna Folgar^e y José Javier Moreno Arnedillo^f,
en nombre del grupo de trabajo del Proyecto ÉVICT 1[◇]

^a Centro de Salud Los Castillos, DAO, Servicio Madrileño de Salud, Alcorcón, Madrid, España

^b Servicio Promoción y Educación para la Salud, D.G. Salud Pública y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España

^c Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Centre Emili Mira, Parc de Salut Mar, Barcelona, IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona, España

^d Unidad Toxicomanías, Servicio de Psiquiatría, Hospital Sant Pau, Barcelona, España

^e Universidade de Vigo, Facultad Ciencias Educación, Campus Universitario As Lagoas, Orense, España

^f Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud-Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

Recibido el 15 de marzo de 2018; aceptado el 25 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 28 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo;
Cannabis;
Atención primaria

Resumen El Proyecto ÉVICT (Evictproject.org), a raíz del aumento de consumo de cannabis en población juvenil española, ha estudiado su asociación con el tabaco, concluyendo que el consumo conjunto de tabaco y cannabis: *tiene una influencia en el proceso de aprender a fumar*, pues el inicio puede ser conjunto y con influencia bidireccional; *tiene una influencia en el desarrollo de dependencia* pues su interacción es relevante para el desarrollo de este trastorno, y *tiene una influencia en la toxicidad*, pues probablemente, el fumar tabaco y cannabis genera mayores problemas que fumar solo una de las 2.

Y, por tanto, el equipo EVICT emite unas consideraciones en prevención: diferenciar uso medicinal y recreativo; comunicar que fumar cannabis no es terapéutico ni inocuo, y puede ayudar a generar dependencia de nicotina o, menos frecuentemente, al propio cannabis.

Consideraciones en abordaje y tratamiento: en personas que consumen tabaco/cannabis debemos plantear como primera opción el cese de las 2 sustancias.

Consideraciones en reducción de daños: a quienes solo consumen productos de tabaco/cannabis, los programas serían más aplicables a aquella cuyo consumo se considere más problemático.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e.oeeoeoe@gmail.com (E. Olano Espinosa).

◇ Los nombres de los componentes del grupo de trabajo del Proyecto ÉVICT 1 están relacionados en el [anexo 1](#).

KEYWORDS

Smoking;
Cannabis;
Primary care

Why and how keep in mind cannabis in our smoking outpatients?

Abstract EVICT project has noted the increase in cannabis use in the Spanish youth population, and has studied its association with tobacco, concluding that:

It has an influence in the learning to smoke process:

The beginning can be combined and with bi-directional influence.

It has an influence on dependence the development of dependence

Their interaction is relevant in the development of dependence. It has an influence on toxicity:

Smoking tobacco and cannabis generates greater problems than smoking tobacco alone.

And, therefore, the EVICT team issues some considerations:

Prevention considerations.

Differentiate between therapeutic and recreational use.

Smoking cannabis is not therapeutic nor innocuous, and can affect the development of nicotine dependence, or, less frequently, cannabis dependence.

Approach and treatment considerations.

In A first option of cessation of both must be proposed in people who consume tobacco and cannabis Harm Reduction.

To those that only consume tobacco/cannabis: Harm Reduction programs should be more applicable to those in whom consumption is considered more problematic.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Condicionantes**Epidemiología**

En España, el consumo de tabaco en adultos muestra una tendencia decreciente en ambos géneros¹. A pesar de esa evolución favorable, la prevalencia continúa siendo muy elevada y se sitúa por encima de la mayor parte de los países de Europa Occidental y del promedio de los que integran la OCDE¹.

En cuanto al cannabis, nuestra prevalencia es una de las más elevadas de la Unión Europea, tanto en población general como juvenil². Tras años de declive, en las últimas encuestas se constata un aumento tanto en adultos² como en jóvenes³, destacando la distribución etaria de los usuarios: un 19,9% de personas entre 15-24 años y un 15% de las que tienen entre 25 y 34 años consume cannabis, frente al 4,7% de la población de 45-54 años o al 2% de la población de 55 a 64 (tabla 1) (fig. 1).

Consumo conjunto

«Yo solo fumo porros, no fumo tabaco». Esto verbalizan muchos usuarios. Sin embargo, la inmensa mayoría de la población española consumidora de cannabis es a su vez consumidora de tabaco (86,5%)², ya sea proveniente de cigarrillos o de tabaco de liar¹.

«El porro» es la forma de consumo más habitual en España. Su nomenclatura varía según la zona (peta, petardo, canuto, petilla, canelo, trocolo, etc.), pero su composición es homogénea: cannabis y tabaco industrial. Las boquillas más utilizadas son las de cartón y de filtro, y lo más común es usar papel de liar. El contenido de cannabis que se

mezcla con tabaco en un porro es muy variable, dependiendo del tipo de consumo, la tolerancia y la variabilidad en la concentración del principio activo en sus distintas formas, con efectos muy distintos de un porro a otro y de persona a persona¹.

Sus principales formas de presentación son: el «hachís» (costo, chocolate, grifa, piedra, china), sustancia de consistencia oscilante entre dura y maleable, habitualmente calentada con un mechero para mezclarla con el tabaco (más raramente con marihuana, el mariachi) y que contiene entre un 10 y un 20% de tetrahidrocannabinol (THC)⁴, y la marihuana («hierba»), habitualmente también consumida con tabaco (los «verdes» o «puristas» solo marihuana)¹. Aquí encontramos concentraciones de THC que pueden ir de un 0,7% a un 40%, con una media alrededor del 18%⁴.

Existen otras presentaciones de cannabis de consumo minoritario, como los extractos (pastas o aceites de alto contenido en THC; BHO, budder, JellyHash, IceOlator o amber glass), que se pueden fumar en un porro con tabaco o en pipa; los aceites para consumo por vía oral (pasteles, galletas o similares) y los cannabinoides sintéticos, sustancias muy poco estudiadas, y con riesgos desconocidos para la salud¹ (legal highs, spice, skunk y k2, entre muchos otros)¹.

El «nudo» tabaco-cannabis

Ya están presentados los actores de esta singular historia: 2 sustancias con diferencias sustanciales entre sí en cuanto a potencial de dependencia, efectos farmacológicos y regulación, consumidas habitualmente de forma simultánea («como pan y mantequilla») por un porcentaje de población significativo, en su mayoría joven.

El «porro» es el paradigma de uso de esas 2 sustancias psicoactivas y adictivas. Pero... ¿cómo influyen la una sobre

Tabla 1 Porcentaje de consumo de tabaco y de cannabis, edad de inicio y percepción de riesgo en población adulta de 15 a 65 años (EDADES) y escolar de 14 a 18 años (ESTUDES), 2013-2016

	EDADES, 2013			EDADES, 2015			ESTUDES. 2014			ESTUDES. 2016		
	15-65 años (%)			15-65 años (%)			14-18 años (%)			14-18 años (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
<i>Consumo</i>												
Tabaco alguna vez	73,1			72,5			38,4	36,5	40,3	38,5	-	-
Tabaco en los últimos 12 meses	40,7	44,2	37,2	40,2	44,4	36	31,4	29,6	33,2	34,7	32,6	36,9
Tabaco en últimos 30 días	38,3	41,7	34,8	38,5	42,6	34,3	25,9	24,5	27,2	27,3	-	-
Tabaco diario	30,8	33,6	28	30,8	34,2	27,3	8,9	8,7	9,1	8,8	-	-
Cigarrillos electrónicos alguna vez	-	-	-	6,8	7,3	6,3	17	18,8	15,5	20,1	-	-
Cannabis alguna vez	30,4			31,5			29,1	31,5	26,8	31,1	-	-
Cannabis últimos 12 meses	9,2	12,9	5,4	9,5	13,3	5,6	25,4	28,0	23,0	26,3	28,1	24,4
Cannabis últimos 30 días	6,6	9,8	3,4	7,3	10,7	3,9	18,6	21,4	15,8	-	-	-
Cannabis diario	1,9	-	-	2,1	-	-	18,6	-	-	18,3	-	-
Consumo problemático	2,2	3,5	0,8	1,8	2,9	0,7	2,5	3,1	2,0	2,8	-	-
Hogares con humo							49,7			47,8	-	-
<i>Edad de inicio</i>												
Edad de inicio tabaco alguna vez	16,4	-	-	16,4	-	-	13,9	13,8	14,0	14,1	-	-
Edad de inicio tabaco consumo diario	18,6	-	-	18,6	-	-	14,6	14,6	14,5	14,6	-	-
Edad inicio cannabis	18,6	-	-	18,3	-	-	14,8	14,8	14,9	14,8	-	-
<i>Percepción riesgo</i>												
Fumar un paquete tabaco diario	88,7	-	v	91,6	89,7	93,5	89,7	88,1	91,1	91,8	-	-
Cannabis		-	-	-	-	-	-	88,8	85,4	91,9	90,7	-
Cannabis una vez al mes	61,2	-	-	62,5	56,1	69,0	-	-	-	-	-	-
Cannabis una vez por semana o más	82,4	-	-	79,8	74,6	85,0	-	-	-	-	-	-

H: hombres; M: mujeres; T: total.

Elaboración propia.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones (OEDA). Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2013-2015, Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2014-2016.

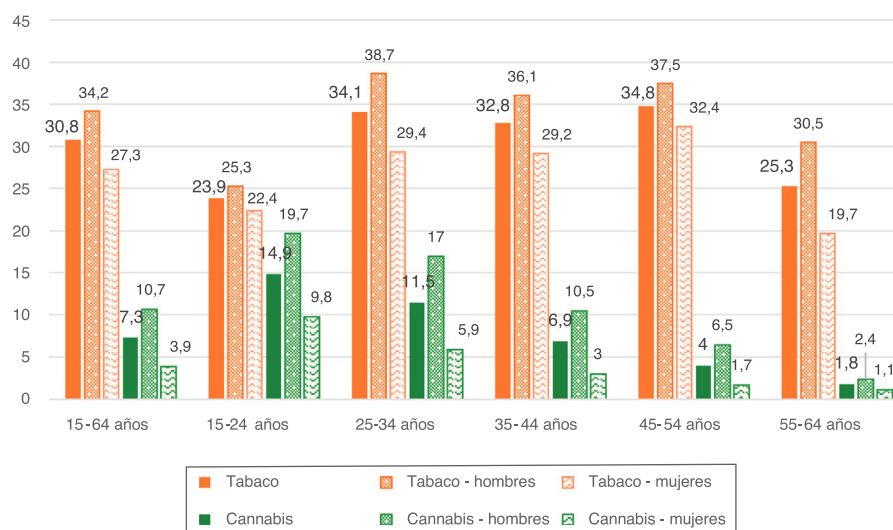


Figura 1 Porcentaje de consumo de tabaco y de cannabis en los últimos 30 días, por grupos de edad y sexo. Fuente: Observatorio Español Sobre Drogas y Adicciones (OEDA). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

la otra?, ¿qué aspectos debemos tener en cuenta de esta relación?

Influencia en el proceso de aprender a fumar

El debate social vivido en los años anteriores a la promulgación de la Ley 28/2005 de medidas frente al tabaquismo probablemente contribuyó a que la juventud considere el tabaco como dañino y peligroso¹. Sin embargo, el cannabis parece seguir siendo considerado una sustancia con un halo natural y terapéutico. Así pues, pese a compartir espacio dentro de un porro, la consideración social y la simbología de ambas drogas es muy diferente en población juvenil¹.

Los resultados de la encuesta ESTUDES 2014³ muestran que el 28,8% de los escolares españoles de 14-18 años que fumaban tabaco a diario también habían consumido cannabis en el último año, y el 33,3% de los estudiantes que habían consumido cannabis en el último mes también había fumado tabaco a diario en ese período. La edad de inicio al consumo de tabaco es menor en estudiantes que refieren consumir cannabis que en aquellos que no lo han consumido³. Estos datos muestran la existencia de una fuerte relación entre los consumos de tabaco y cannabis en los adolescentes, no solo debida a que los porros incluyen habitualmente tabaco y marihuana o hachís¹.

El uso de sustancias presenta una progresión entre el primer consumo y los estadios más graves de dependencia. Hay factores del individuo, tanto de riesgo como protectores, y también factores ambientales y de contexto que pueden facilitar las transiciones¹.

En el caso del tabaco y del cannabis, la relación está documentada principalmente en la dirección del tabaco hacia el cannabis, ya que aquel, al ser tradicionalmente de inicio más precoz, se considera puerta de entrada de otras sustancias^{1,5}. Por cuestiones epidemiológicas, recientemente se ha empezado a considerar la posibilidad de una puerta de entrada «inversa», donde el uso de cannabis influiría en la trayectoria del tabaco, a pesar de que solo un pequeño porcentaje de consumidores de cannabis

desarrollará una dependencia del mismo (10%) frente al 70% de consumidores de tabaco que se hacen dependientes⁶.

Hay evidencia de que el inicio de estas 2 sustancias puede ser conjunto, y que la influencia tiene 2 sentidos: la población fumadora de tabaco tiene una probabilidad 7 veces mayor de usar cannabis, y la población fumadora de cannabis tienen una probabilidad 5 veces mayor de usar tabaco⁷.

Otros estudios muestran que el uso semanal de cannabis predice el inicio del consumo de tabaco en adolescentes que previamente no fumaban y que en población adulta joven el uso de cannabis se asocia a un incremento del riesgo de la progresión a la dependencia de tabaco, observándose una relación mayor a menor edad de inicio del consumo de cannabis^{1,8,9}.

Influencia en el desarrollo de dependencia

Aunque existe evidencia sobre el papel de numerosos factores biográficos, psicológicos, contextuales y sociales comunes en el uso del tabaco y cannabis que contribuyen a la explicación del policonsumo y a la dependencia de estas sustancias¹, el consumo de cannabis explicaría entre el 25 y el 44% de la varianza para el riesgo de dependencia de nicotina¹⁰. En un estudio en casi 4.000 mujeres jóvenes gemelas se demuestra que el uso previo de cannabis se correlaciona con una posibilidad 4,4 veces mayor de uso regular de tabaco y 2,8 veces de dependencia. También se ha hallado que el consumo de cannabis en estadios más graves (uso frecuente, diario y problemático) se relaciona con esta progresión en tabaco¹¹. En personas adultas ya fumadoras de tabaco, el uso de cannabis en el mes previo se asocia a casi el doble de riesgo de uso continuado de tabaco en relación con las personas no consumidoras de cannabis¹².

En esta compleja relación, también sabemos que el uso regular de tabaco conlleva un aumento del riesgo de desarrollar abuso y dependencia de cannabis^{1,8,11}, estudios recientes confirman que el uso conjunto tabaco-cannabis contribuye de una manera significativa a los síntomas de dependencia de cannabis y a una mayor gravedad de la

dependencia^{13,14}, incluso después de controlar otros factores relacionados.

Esto tiene su correlato a nivel farmacológico, pues el consumo conjunto de cannabis y tabaco genera interacciones relevantes para el desarrollo de abuso o dependencia. Según la revisión de Viveros et al.¹⁵, se aumenta el efecto recompensa. La nicotina puede potenciar el efecto analgésico del cannabis y entre ambos pueden mitigar determinados efectos negativos del otro. Sin embargo, el consumo conjunto aumenta los síntomas de dependencia de cannabis¹³.

A nivel bioquímico, diversos estudios indican que existe una relación entre la nicotina y los receptores cannabinoides CB1 y entre el cannabis y los receptores de nicotina nACh. Por ejemplo, el bloqueo de los receptores cannabinoides atenúa de forma dosis/dependiente la autoadministración de nicotina en diversos modelos animales¹⁶. Una teoría que se ha propuesto es que el tabaco prolonga y aumenta los efectos reforzantes del cannabis. También existen evidencias de que el sistema endocannabinoide podría contribuir de alguna manera al aumento del potencial adictivo de la nicotina¹.

Influencia en la toxicidad

Los efectos agudos de la administración inhalada de tabaco y cannabis varían según la dosis y la edad del consumidor. Son típicas la taquicardia, el aumento de presión arterial, la hipotensión ortostática y el aumento de frecuencia respiratoria, así como la inyección conjuntival, la sequedad de boca y el aumento de apetito¹⁷.

Con dosis más altas pueden aparecer nistagmo, ataxia y dificultad para hablar, además de síntomas neuropsiquiátricos como euforia, aumento de la sociabilidad, alteraciones de la percepción, e incluso alucinaciones, pensamiento místico, despersonalización, paranoia y psicosis. El deterioro de la atención, la concentración, la memoria a corto plazo y la coordinación motora es frecuente y dura más que la alteración del humor o la sensación de «subidón». En ocasiones, sobre todo en usuarios noveles, pueden ocurrir hiperémesis, ansiedad y crisis de pánico¹⁷.

El humo del cannabis contiene muchas de las sustancias encontradas en el humo del tabaco, algunas de ellas incluso en mayor cantidad^{1,18}. Además, los porros no suelen tener filtro y el humo se suele inhalar de forma más profunda. Se han identificado varios factores que dificultan el poder estudiar la morbilidad del binomio cannabis tabaco: los estudios incluyen mayoritariamente población juvenil consumidora, en los que aún no es posible objetivar patología, el consumo de cannabis podría estar infradeclarado por las posibles repercusiones legales, y pocos participantes utilizan de forma constante cannabis por periodos largos¹. Ambas sustancias están asociadas a irritación de vías aéreas, tos, aumento de esputo, broncoespasmo, bronquitis, disnea, faringitis y exacerbaciones de asma y fibrosis quística, así como con el desarrollo de criterios clínicos de bronquitis crónica¹⁸. Rooke et al. concluyen que el fumar de forma conjunta tabaco y cannabis lleva a mayores problemas de salud que el fumar solo tabaco. De todas las enfermedades estudiadas, la única no claramente asociada al consumo exclusivo de cannabis solo fue el enfisema¹⁹.

Mención aparte merece el hecho de que el contenido de THC ha venido aumentando en las muestras que han sido confiscadas en los últimos años²⁰. Este hecho es preocupante, ya que podría implicar consecuencias clínicas más severas y mayores índices de dependencia, aunque ninguno de ambos casos ha sido demostrado¹.

Consecuencias

Consideraciones derivadas en cuanto a prevención

La presencia de determinadas características personales, sociales y familiares sitúan a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia el consumo de drogas; son los denominados factores de riesgo¹.

Uno de estos factores es la baja percepción del riesgo del consumo de estas sustancias. El cannabis se ha convertido en un tema de debate debido a que la población recibe mensajes antagónicos. Por una parte, se informa de sus posibles aplicaciones terapéuticas y, por otra parte, de sus riesgos, lo que provoca cierta confusión. Su uso medicinal, la legalización en algunos países, las Grow Shops o la apertura de clubes sociales de cannabis están normalizando su consumo. A este hecho, podemos añadir como cada vez son más los progenitores que han sido consumidores de cannabis en su adolescencia sin repercusiones negativas significativas (además de los que aún siguen consumiendo), por lo que su intervención educativa será muy distinta de la de aquellos que no lo han utilizado¹. No debemos olvidar que la familia determina muchos de los factores biográficos del adolescente que influyen en el inicio del consumo. Otros factores de riesgo conocidos serían el empezar a experimentar antes de los 15 años (factor predictivo de consolidación futura del consumo de tabaco y de peor pronóstico para el tabaquismo adulto posterior) y una baja adherencia a la escuela, así como un bajo rendimiento escolar (determinantes reconocidos en el inicio del consumo conjunto de tabaco y cannabis)¹.

Sería, por tanto, fundamental informar a la población de que el uso medicinal y el recreativo son 2 cuestiones totalmente diferentes y, que en todo caso, fumar cannabis no es terapéutico. También es preciso aclarar otros mitos sobre el cannabis, como que no es inocuo y que puede llevar a los adolescentes a la dependencia de nicotina o, menos frecuentemente, a la dependencia del propio cannabis, todo ello mediante iniciativas de promoción de salud o prevención universal, selectiva e indicada¹. En este sentido, el papel de los profesionales de atención primaria es esencial, tanto en el caso de población adulta, como en las consultas de población pediátrica o en la etapa del embarazo.

El éxito o el fracaso de estas iniciativas está fuertemente influido por una serie de factores individuales (género, edad de inicio, nivel educacional, actitudes y creencias, habilidades sociales y estado psicológico) y sociales (entorno fumador tanto familiar como social y actitud familiar respecto al consumo del joven), sobre los que los profesionales sanitarios debemos trabajar¹.

Consideraciones derivadas en cuanto al abordaje y tratamiento

En personas que consumen simultáneamente tabaco y cannabis, la recomendación es plantear, como primera opción, el cese de las 2 sustancias. Esta recomendación es especialmente importante porque implica plantear en todos los casos la conveniencia del abandono del tabaco a las personas consumidoras de cannabis, y viceversa¹.

Esta recomendación se basa en varios motivos: su asociación epidemiológica, el hecho de que el consumo de ambas sustancias dificulta la cesación de cada una de ellas y el que las personas fumadoras de ambas sustancias tienen menos éxito en la cesación, así como las crecientes evidencias que apoyan la necesidad de un tratamiento conjunto (los programas de tratamiento que se centran únicamente en el tabaco parecen ser menos efectivos en los sujetos con consumo de cannabis; la cesación de una de las sustancias sin intervención en la otra conlleva en muchos casos un incremento en el consumo de la segunda; y la abstinencia dual predice mejores resultados de cesación)^{1,21}, siempre de acuerdo con el paciente y respetando su autonomía.

Esta recomendación de abordaje conjunto es especialmente significativa porque no concuerda con la práctica asistencial habitual, donde suelen ofrecerse programas para ambas sustancias por separado, en muchos casos no por cuestiones sanitarias, sino administrativas derivadas del hecho de ser el tabaco una sustancia legal y el cannabis ilegal, lo que supone el acceso a dispositivos de tratamiento diferentes^{1,22}.

En cuanto al contenido del programa terapéutico, la evidencia apoya fuertemente el uso de tratamientos psicológicos de fundamento cognitivo-conductual, combinados con educación sanitaria y tratamiento farmacológico en el caso de la dependencia de la nicotina, aunque en el caso del cannabis la recomendación no es tan clara²³. Dado que el objetivo de abstinencia de ambas sustancias a menudo no coincide con la intención del paciente, es importante el empleo de técnicas de entrevista motivacional⁵. En principio, el tratamiento psicológico sería la primera línea de tratamiento, al haber ensayos clínicos que demuestran su efectividad²⁴.

Reducción de daños

El modelo de reducción de daños (RDD) busca minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas en los casos en los que no sea posible cesar el consumo de la sustancia problema. En la actualidad, también incluye disminuir la posibilidad de que esos daños ocurran.

Los programas de reducción de riesgos (PRR) implican un cambio en la manera en que se consume (vía de administración, no reutilización de jeringuillas, etc.) o en cómo se abordan las consecuencias (si bebes no conduzcas, hidrátate si consumes éxtasis, etc.). Estos programas reconocen la existencia de una demanda de consumo (bien porque quien consume no desea dejar de consumir o se ve incapaz de hacerlo) y adoptan un enfoque pragmático actuando sobre los problemas derivados del consumo y no sobre el consumo en sí.

Los abordajes en RDD son muy distintos en virtud de que se considere aceptable o no el riesgo derivado del consumo. En los cigarrillos, la evidencia muestra que aun el más mínimo consumo conlleva un incremento del riesgo inaceptable por el profesional sanitario, por lo que en los pacientes que no quieran o no puedan dejar de fumar reducir el riesgo comporta de manera prácticamente universal el recomendar cambiar la forma de administrarse la nicotina¹. No hay dosis mínima de consumo de tabaco que reduzca significativamente sus riesgos²⁵.

No existe bibliografía específica sobre este tema en tabaco-cannabis. Esto puede deberse en parte a que cuando se plantean PRR se hacen en virtud de cuál se considera la droga problema. Así, aunque la población consumidora de heroína frecuentemente consume también tabaco y cannabis, los PRR en ellos rara vez se aplican sobre alguna de estas 2 últimas sustancias. Algo parecido podría aplicarse a quienes solo consumen productos de tabaco y cannabis: los programas serían más aplicables a aquella de las sustancias cuyo consumo se considere más problemático.

Cuando es el consumo de tabaco el que se considera más problemático, la razón suele ser el daño orgánico que ocasiona o puede ocasionar. La evidencia muestra que fumar menos no disminuye ni el daño ni el riesgo y es aconsejable evitar la vía inhalatoria^{1,25}. La reducción de riesgo por cannabis podría, en este caso, venir ligada a la evitación de la vía inhalatoria o de los consumos conjuntos, ya que esto podría dificultar la extinción de las conductas asociadas al consumo de tabaco.

Cuando el considerado más problemático sea el consumo de cannabis, las consecuencias de consumo de tabaco —habitualmente mucho más diferidas en el tiempo— suelen no ser consideradas urgentes, por lo que dirigiremos nuestros esfuerzos a lograr el máximo beneficio para el paciente a corto plazo, siempre individualizando. En este sentido, algunos consejos prácticos sobre los que hay cierto consenso son los siguientes: *a)* evitar el uso muy frecuente (diario o casi diario) para minimizar los riesgos de desarrollar problemas de salud mental o dependencia; *b)* evitar los métodos de inhalación con combustión de cannabis y dar preferencia a la administración por vías no fumadas y usar un vaporizador en su lugar; *c)* si se fuma cannabis, evitar la inhalación profunda para reducir los riesgos respiratorios; *d)* no conducir ni usar maquinaria cuando se esté intoxicado; *e)* elegir presentaciones con baja concentración de THC o con balance equilibrado THC/canabidiol; *f)* evitar cannabinoides sintéticos; *g)* evitar inicio precoz (menos de 16 años) y en poblaciones especiales (antecedentes de esquizofrenia o depresión mayor, embarazadas)²⁶.

Financiación

Este artículo tiene como fuente de financiación la convocatoria competitiva de Ayudas para el desarrollo de programas supracomunitarios sobre Drogodependencias del Plan Nacional Sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) el impulsar el Proyecto ÉVICT, así como la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas y las actividades del grupo asesor y colaborador.

Anexo 1. Miembros del grupo de trabajo del Proyecto ÉVICT 1

Arturo Álvarez Roldán, Otger Amatller Gutiérrez, Fernando Caudevilla Gálligo, Ana Esteban Herrera, Isabel Germán Mancebo, Marc Grifell Guàrdia, Manuel Isorna Folgar, Adelaida Lozano Polo, Olga Mínguez López, José Javier Moreno Arnedillo, Eduardo Olano Espinosa, Ana Palmerín García, M^a Cristina Pinet Ogué, Esteve Saltó Cerezuela, Francesca Sánchez Martínez, Josep María Suelves i Joanxich, Leyre Urigüen Echeverría y Joseba Zabala Galán.

Bibliografía

1. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Informe ÉVICT 2015. Proyecto ÉVICT —evidencia cannabis tabaco. Grupo de trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2015 [consultado 10 Mar 2018]. Disponible en: <http://evictproject.org/wp-content/uploads/2015/09/Informe.EVICT.2015.pdf>.
2. OEDA (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones). Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2017 [consultado 1 Mar 2018]. Disponible en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>.
3. OEDT (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías). Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. ESTUDES 1994-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2016 [consultado 1 Mar 2018]. Disponible en http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016.Informe_ESTUDES.pdf.
4. Energy control. Informe resultados de análisis de marihuana 20Energy Control4 (Internet). 2014 [consultado 14 Mar 2018]. Disponible en: http://energycontrol.org/files/pdfs/Informe_cannabinoides_en_marihuana_2014_20.pdf.
5. Vega WA, Gil AG. Revisiting drug progression: Long range effects of early tobacco use. *Addiction*. 2005;100:1358–69.
6. Lopez-Quintero C, de los Cobos JP, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*. 2011;115(1–2):120–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>.
7. Richter KP, Kaur H, Resnicow K, Nazir N, Mosier MC, Ahluwalia JS. Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abus*. 2005;25:35–43.
8. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sawyer SM, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*. 2005;100:1518–25.
9. Timberlake DS, Haberstick BC, Hopfer CJ, Bricker J, Sakai JT, Lessem JM, et al. Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of US adolescents. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88:272–81.
10. Rubinstein ML, Raita MA, Prochaska JJ. Short communication. Frequent marijuana use is associated with greater nicotine addiction in adolescent smokers. *Drug Alcohol Depend*. 2014;141:159–62.
11. Agrawal A, Maden PAF, Buchholz KK, Heath AC, Lynskey MT. Transitions to regular smoking and to nicotine dependence in women using cannabis. *Drug Alcohol Depend*. 2008;95:107–14.
12. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sawyer SM, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*. 2005;100:1518–25.
13. Reama GL, Benoit E, Johnson BD, Dunlap E. Smoking tobacco along with marijuana increases symptoms of cannabis dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2008;95:199–208.
14. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: A systematic review. *Addiction*. 2012;107:1404–17.
15. Viveros MP, Marco EM, File SE. Nicotine and Cannabinoids: Paralels, contrasts and interactions. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30:1161–81.
16. Cohen C, Perrault G, Voltz C, Steinberg R, Soubrie P. SR141716, a central cannabinoid (CB(1)) receptor antagonist, blocks the motivational and dopamine-releasing effects of nicotine in rats. *Behavioural Pharmacology*. 2002;13:451–63.
17. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *Br J Psychiatry*. 2001;178:101.
18. Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehra R, Concato J, Fiellin DA. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: A systematic review. *Arch Intern Med*. 2007;167:221.
19. Rooke SE, Norberg MM, Copeland J, Swift W. Health outcomes associated with long-term regular cannabis and tobacco smoking. *Addictive Behaviours*. 2013;38:2207–13.
20. Mehmedic Z, Chandra S, Slade D, Denham H, Foster S, Patel A, et al. Potency trends of (9-THC) and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J Forensic Sci*. 2010;55:1209–17.
21. Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: A review. *Addiction*. 2012;107:1221–2123.
22. Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders: Emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:409–31.
23. Marshall K, Gowing L, Ali R, le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence [review]. 2014. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008940.pub2>. Disponible en: www.cochranelibrary.com.
24. Dennis C, Lavie E, Fatseas M, Auriacombe M. Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006. CD005336.
25. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*. 2018;360, doi 10.1136/bmj.j5855.
26. Fischer B, Russell C, Sabioni P, Brink W, Le Foll B, Hall W, et al. Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update and recommendations. *Am J Public Health*. 2017;107:e1–12, doi:10.2105/AJPH. 2017.303818.