



somriures
sense fum

Guia d'intervenció **individual** per al tractament del tabaquisme



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/

Edita:

Direcció General de Salut Pública i Participació
Conselleria de Salut
Govern de les Illes Balears

Autors:

Lucía Gorreto López, metgessa de família, CS Coll d'en Rebassa
Rosa Duro Robles, metgessa de família, subdirectora assistencial d'Atenció Primària i Atenció a les Urgències Extrahospitalàries del Servei de Salut de les Illes Balears
Miguel C. Aguiló Juanola, farmacèutic comunitari, servei de tabaquisme, Farmàcia Aguiló Juanola
Isidoro Hidalgo Campos, metge de família, CS S'Escorxador
Consuelo Méndez Castell, infermera, subdirectora d'Infermeria del Sector Migjorn, Atenció Primària de Mallorca

Autors de capítol:

Catalina Artigués Mascaró, comare, CS Martí Serra. Embaràs i lactància
Andreu Estela Mantolan, metge de família, CS Dalt Sant Joan, Menorca. Adolescents
Pere Rosselló Alemany, infermer, CS Marines. Tabac i cànnabis

Revisió des de la perspectiva de gènere:

M. Carme Vidal Mangas

Revisió lingüística:

Juana M. Munar Oliver

Coordinació editorial:

Arturo López Gonzalez, metge de salut laboral, Servei de Salut de les Illes Balears
Margarita Gayá Janer, metgessa, DG Salut Pública i Participació

Impremta: Amadip Esment

Disseny: Som2 disseny

Edició: abril 2017

Dipòsit legal: PM 422-2017

Índex

Presentació	5
1. Agraïment	6
2. Introducció	7
3. Intervenció sobre el consum de tabac.....	8
3.1. El procés de deixar de fumar.....	8
3.2. Intervenció en la persona fumadora.....	10
3.2.1. Intervenció en la persona fumadora que no vol deixar de fumar	11
3.2.2. Intervenció en la persona fumadora que vol deixar de fumar	17
* Abordatge individual	
3.2.3. Tractament farmacològic.....	20
4. Situacions especials.....	26
4.1. Embaràs i lactància	26
4.2. Adolescents.....	28
4.3. Pacients crònics.....	31
4.4. Pacients psiquiàtrics	33
4.5. Cigarrets electrònics.....	36
4.6. Tabaquisme passiu	37
4.7. Tabac i cànnabis.....	37
4.8. Tabac i pes.....	39
5. Guia ràpida	40
6. Annexos i taules.....	44
6.1. Recursos Internet professionals i ciutadans, i noves tecnologies en consulta	50
6.2. Interaccions del tabac amb fàrmacs	50
Bibliografia	52

Presentació

La lluita contra el tabaquisme continua sent una prioritat de salut pública. El tabaquisme és la primera causa de mort evitable, responsable a les Illes Balears del 38 % de les morts en els homes i del 25 % en les dones, principalment per malalties cardiovasculars i per diferents tipus de càncer.

La prevalença de tabaquisme a les Illes Balears disminueix en els homes, però està estancada en les dones, tot i que sempre ha estat més baixa que en els homes. En aquests moments, encara fuma un de cada quatre homes i una de cada cinc dones.

Ajudar les persones fumadores a deixar de fumar és un dels principals eixos de la lluita contra el tabaquisme, juntament amb la protecció dels espais sense fum i l'aplicació de mesures fiscals. Deixar de fumar no és fàcil, ho sabem totes les persones que hem fumat, però és una de les millors decisions que es poden prendre al llarg de la vida.

Els professionals sanitaris, especialment els d'Atenció Primària, són essencials per ajudar i acompanyar les persones a deixar de fumar. Aquesta guia pretén ser una eina que faciliti als professionals sanitaris ajudar els seus pacients a aconseguir aquest gran objectiu vital que és deixar de fumar. Després de més de deu anys de la primera edició, hem considerat necessari revisar-la.

Vull agrair la feina feta a tots els professionals que han col·laborat en la redacció, revisió i edició, que serà de gran utilitat, no només per a atenció primària, sinó també per a atenció hospitalària, els serveis de prevenció de riscos laborals i les farmàcies.

Maria Ramos Monserrat

Directora general de Salut Pública i Participació

1. Agraïment

Als autors de la GUIA DE BUTXACA PER AL TRACTAMENT DEL TABAQUISME DE SEMFYC per permetre l'ús de la seva guia per adaptar-la a la nostra i que ens servís de referència principal, atès que, de guies, n'hi ha moltes, i totes de gran valor en diferents aspectes, però aquesta ens va semblar la més adequada perquè és una de les més recents, perquè s'ha elaborat a Atenció Primària i per la metodologia científica estricta i basada en l'evidència.

2. Introducció

El consum de tabac avui dia i en el nostre medi continua sent la causa principal de morbimortalitat evitable, i malgrat això i que és una gran amenaça per a la salut, hi ha encara una implicació escassa entre el personal sanitari per abordar-lo. Per tant, es pot dir que a causa de la prevalença alta, l'impacte en la salut com a factor de risc i la desatenció per part del col·lectiu sanitari ha permès que la letalitat hagi augmentat. D'altra banda, la intervenció en tabac està considerada com el patró or de les intervencions preventives, molt per sobre d'altres mesures preventives que s'han fet comunament.

Així doncs, l'objectiu d'aquesta guia és mostrar els diferents tractaments que ara com ara es poden dur a terme en l'àmbit de l'Atenció Primària sobre el pacient fumador a escala individual.

3. Intervenció sobre el consum de tabac

Per ajudar les persones fumadores a deixar de fumar el professional sanitari ha de tenir en compte les consideracions següents:

Fumar és:

- una addicció física i psicològica
- una conducta apresada
- una dependència social

Deixar de fumar suposa:

- superar l'addicció → intervenció psicosocial i fàrmacs
- desaprendre una conducta → estratègies conductuals
- modificar la influència de l'entorn

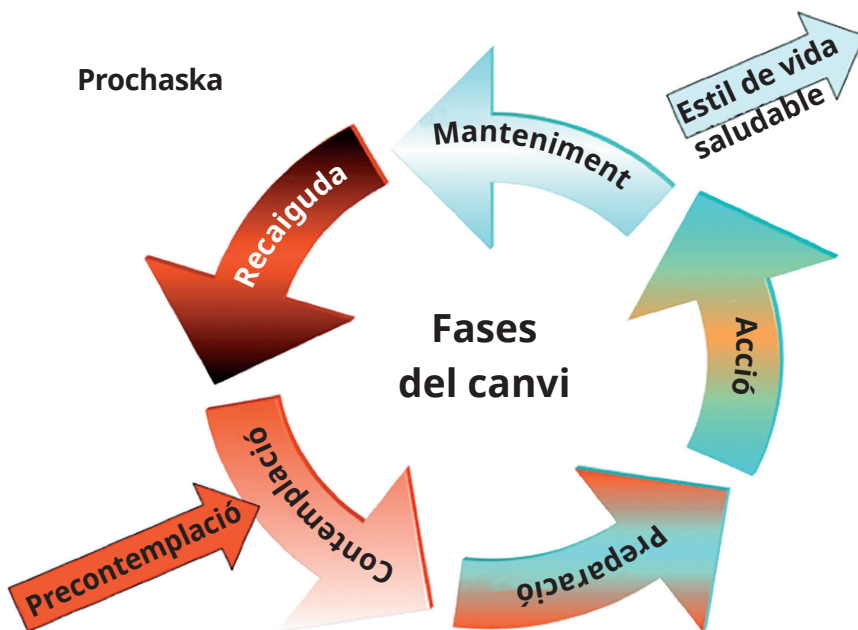
3.1. El procés de deixar de fumar

Deixar de fumar suposa un canvi de conducta que respon a un procés pel qual cada persona fumadora passa després de diverses fases al llarg del temps. Cada persona que fuma es troba en una fase o l'altra en funció del grau de motivació menor o major per deixar de fumar i es pot passar d'una a l'altra en minuts, hores i dies diferents segons els diversos estímuls interns o externs. Aquestes fases són les següents (figura 1):

- **Precontemplació:** la persona fumadora no es planteja deixar de fumar. Potser pensa que el tabac no li fa mal perquè en aquest moment no nota cap símptoma de malaltia. No percep com un problema la seva conducta de fumar i encara que ha sentit que el tabac és dolent per a la salut, la seva decisió és continuar fumant. Suposa el 25-30 % dels fumadors.
- **Contemplació:** la persona fumadora es planteja de forma seriosa un canvi en els propers 6 mesos, però presenta dubtes constants, potser perquè no objectiva danys clars o els veu molt llunyans. Aquest és el primer pas per plantejar-nos un intent seriós per deixar de fumar. En aquesta fase és característica l'ambivalència o sentiments contraposats respecte del fet de fumar. Suposa el 50-60 % dels que fumen. En aquesta fase, oferir la nostra ajuda, obrir la nostra porta perquè la persona sigui lliure d'eleger el moment i donar sempre tota la informació, és una bona eina perquè la balança s'inclini cap a un costat o l'altre.
- **Preparació:** la persona fumadora vol fer un intent seriós per deixar de fumar i està decidida a deixar-ho, és capaç de fixar una data i pensar un pla per deixar de fumar el proper mes. És fonamental que el pacient prengui la decisió de forma lliure i amb tota la informació i el suport necessari, acompanyant-lo en el procés, informant-lo dels beneficis que obtindrà amb l'abandonament i oferint-li eines per mantenir-se sense fumar. Suposa el 10-15 % de les persones fumadores.

- **Acció:** en aquesta fase s'intenta deixar de fumar. No es fuma durant un temps menor de 6 mesos.
- **Manteniment:** la persona es manté sense fumar durant més de 6 mesos. És important l'acompanyament dels pacients en les primeres setmanes i mesos després de l'abandonament per ajudar-los a evitar les recaigudes i controlar l'abstinència, sia ensenyant-los conductes alternatives o prescrivint-los fàrmacs.
- **Exfumadora:** persona que ha deixat de fumar fa més d'1 any.
- **Recaiguda:** és una fase més del procés i constitueix una passa freqüent. En moltes ocasions es necessiten tres o quatre intents abans de deixar de fumar definitivament. Quan apareix, cal despenalitzar la situació i que es vegi com una font d'aprenentatge per a l'intent definitiu, i revisar els possibles errors que s'han comès. Després d'una recaiguda, cal intentar generar un nou compromís del pacient per tornar a intentar deixar de fumar, habitualment deixant passar un temps. És important valorar els intents previs d'abandonament per obtenir informació que pugui ser d'ajuda per tornar-lo a preparar per a un nou intent.

Figura 1. Model transteòric de les etapes de canvi



Font: Programa Atenció Primària sense Fum. Programes de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària (semFYC)

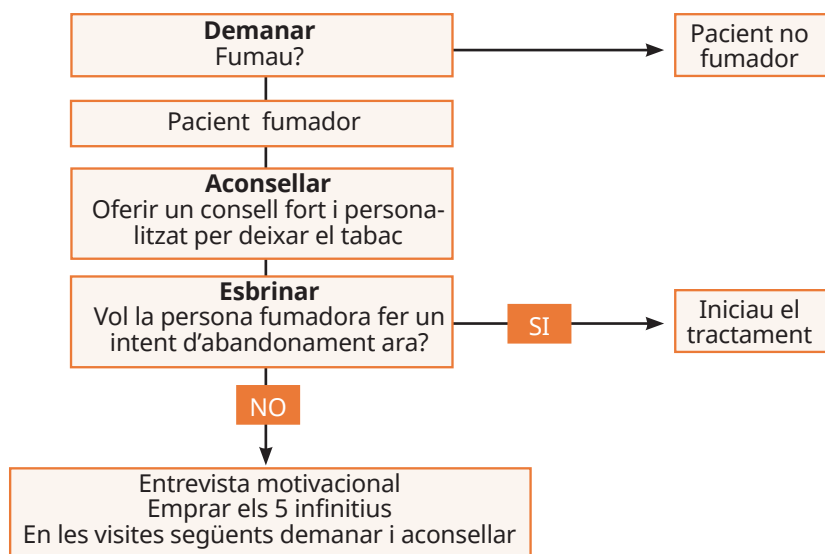
3.2. Intervenció en la persona fumadora

S'estima que un 70 % de la població acudeix almenys una vegada l'any al metge de família, i que les persones que fumen ho fan amb una freqüència més gran que les que no fumen. Qualsevol professional de la salut de l'àmbit que sigui —atenció primària, hospitalària, oficina de farmàcia, etc.— hauria de poder donar un consell de salut i ajudar a deixar de fumar els usuaris. Això suposa una oportunitat important per promoure la intenció de deixar de fumar i proporcionar ajuda eficaç als qui han decidit intentar-ho.

En el nostre país, l'assistència al tabaquisme està inclosa en la cartera de serveis d'Atenció Primària de salut. El Programa d'Activitats Preventives i Promoció de la Salut (PAPPS) de la semFYC recomana demanar en cada visita pel consum de tabac a les persones majors de 10 anys i registrar el consum en la història clínica, sigui quin sigui el motiu de la visita. La periodicitat mínima d'aquesta detecció ha de ser d'una vegada cada 2 anys. No és necessari tornar a demanar a les persones de les quals consta en la història que no han fumat mai i són més grans de 25 anys, si bé hauria d'estar inclosa en la cartera de serveis de tots els serveis de salut i en tots els àmbits assistencials per disminuir dràsticament la desassistència d'aquests pacients.

Es proposen diferents intervencions segons la disposició de la persona que fuma per deixar de fumar. Aquestes intervencions es basen en l'estratègia dels 5 infinitius (esbrinar, aconsellar, acordar, ajudar i assegurar) per a l'execució d'intervencions conductuals i de consell sobre els principals factors de risc.

Figura 2. Intervencions en el pacient fumador que no vol fer un intent d'abandonament en el moment de la visita



Adaptada de Fiore MC

3.2.1. Intervenció en la persona fumadora que no vol deixar de fumar (figura 2)

Davant d'una persona fumadora que no vol deixar de fumar podem donar-li un consell breu i/o utilitzar l'entrevista motivacional perquè la persona avanci en el procés de canvi.

És necessari comunicar per afavorir el canvi. En introduir el tema en la consulta és necessari:

Escollir el moment

Després de resoldre el motiu de consulta, especialment si la conducta saludable hi té relació. S'ha de comprovar que la persona que ens escolta està relaxada, receptiva i té temps.

Crear el clima

De confiança i respecte; tolerar la diferència. L'actitud de qui aconsella ha de ser cordial i positiva. S'ha de demostrar empatia amb la persona i les seves dificultats durant el procés del canvi.

Enunciar

Introduir el tema que s'ha de tractar, remarcant-ne la importància i intentant centrar la persona que ens escolta per esbrinar si vol parlar sobre el tema.

Explorar els seus coneixements o conductes sobre el tema, així com la predisposició al canvi de conducta.

A partir d'aquí:

1. Consell breu

Sistematitzat, ferm, senzill, curt (2-3 minuts màxim), i ha de contenir una informació al més personalitzada possible, aprofitant les dades que ens dona la persona sobre la seva conducta, que contengui una proposta de canvi.

La informació oferta ha de ser veraç, conforme als coneixements científics del moment, clara i comprensible. Explicada en termes positius i motivadors, evitant missatges que culpabilitzin la persona.

- **Clar:** «És important que deixeu de fumar, i podem ajudar-vos. Actualment disposam de tractaments efectius».
- **Directe:** «Com a professional sanitari, us asseguro que deixar de fumar és el més important que podeu fer per la vostra salut actual i futura».
- **Personalitzat:** relacionar el consell amb els problemes de salut presents o, si no en té, amb les coses que d'acord amb la seva edat o el seu gènere puguin ser un element motivador i generador de canvi en la seva actitud, el cost que

representa comprar tabac, la dependència com a «esclavitud» i l'impacte en la salut d'altres persones. Incidir en els que la persona fumadora mostri més interès.

Després del consell podem lliurar-li **fullets** informatius sobre el canvi de conducta. Sempre **oferirem ajuda** perquè la persona acudeixi quan ho consideri oportú per abordar el canvi de conducta.

2. Utilitzar tècniques d'entrevista motivacional, tenint-ne en compte els principis (taula 1).

És un tipus d'entrevista semiestructurada, centrada en el pacient, utilitzada com a eina de comunicació en el procés d'ajudar-lo a canviar una conducta, amb l'objectiu d'augmentar el desig de canvi i cercar el compromís de la persona per aconseguir-ho.

L'entrevista motivacional es basa en el respecte a les decisions i els valors de la persona, en l'empatia, i a evitar sempre jutjar. Les decisions parteixen de la persona i el professional hi dona suport i les facilita.

Una persona té més possibilitats de canviar cap a una nova conducta si:

- augmenta el seu desig de canviar (**motivació**)
- se sent capaç de dur a terme aquest canvi (percepció **d'autoeficàcia**)

Per aplicar l'entrevista motivacional és necessari treballar amb **l'ambivalència**: hi ha motius per continuar fumant i també per deixar-ho. S'ha de fomentar que la persona els analitzi, i oferir-li una retroacció respecte d'això, però sense pressionar cap al canvi. D'aquesta manera, amb tolerància i respecte, sense jutjar ni ordenar el que s'ha de fer, al persona sospesa en profunditat els seus motius. La persona percep que el conflicte creix i augmenta la possibilitat que el resolgui decidint deixar de fumar.

En cas que l'ambivalència sigui escassa, podem fer preguntes, crear dubtes, fer que el pacient tengui conflicte i l'expressi, fins i tot creant una certa preocupació on no n'hi havia; és "l'angoixa terapèutica". Podem aportar informació sobre el consum de tabac fent ressaltar més els beneficis de deixar de fumar que els riscos de fumar, destacant els beneficis/riscos més rellevants per a la persona (taula 2). Acompanyar la intervenció de material d'autoajuda (fullets informatius, pàgines web), i oferir-li sempre la nostra disposició a ajudar-lo a deixar de fumar.

Ens ajudaran tècniques bàsiques d'entrevista motivacional:

1. Fer preguntes obertes

Permeten a la persona fumadora parlar lliurement i l'hi animen, amb la qual cosa s'incrementa la seva percepció del problema.

2. Exercir l'escolta reflexiva

És clau en l'entrevista motivacional. El professional no es limita a “escoltar” el que diu la persona, sinó que respon al que li diu i ho reflecteix. Feim de **mirall de la persona**.

No és, per tant, un procés passiu. El professional és qui decideix què és el que reflecteix i què és el que ignora, què s'ha d'emfatitzar i quines paraules cal utilitzar.

Escollint els continguts que reflectim en la persona fumadora, cercam activament que la persona parli del canvi: expressi preocupació, ambivalència, motius per canviar... i la “premiem” quan ho fa; una manera d'aconseguir que una conducta es repeteixi és recompensar-la.

Les **recompenses** poden ser de moltes classes, però en el marc de l'entrevista, una de molt forta és oferir atenció empàtica i comprensiva. Reforçar la persona i, fins i tot, felicitar-la quan parla sobre el canvi.

L'essència d'una escolta reflexiva és focalitzar l'atenció en el més important que intenta dir la persona. Escollim una preocupació, una ambivalència, un desig de canviar, un sentiment... i el tornam. Amb això aconseguim que escolti en veu alta les seves pròpies vivències i hi reflexioni, a més de sentir-ho una segona vegada.

3. Fer sumaris

Els sumaris es poden utilitzar per posar en conjunt el material que s'ha comentat, evidencien l'ambivalència de la persona. Reforça tot el que s'ha dit d'important, mostra que s'ha escoltat amb atenció i prepara la persona fumadora per prosseguir.

4. Afavorir afirmacions d'automotivació

Si la persona manifesta un desig de canvi és més fàcil que ho decideixi.

A l'hora d'intervenir en les persones fumadores que no volen deixar de fumar, pot ser útil tenir en compte que la disposició o motivació menor o major per deixar de fumar depèn de la **IMPORTÀNCIA** que té per a la persona deixar de fumar en aquell moment i de la **CONFIANÇA** que té de poder aconseguir-ho. Per valorar i augmentar la importància i la confiança poden ser útils les estratègies següents:

- **Importància:** «Quina importància té per a vós deixar de fumar en aquests moments?». «En una escala de 0 a 10, en què 0 suposa cap importància i 10 la importància màxima, quina puntuació hi donaríeu?». «Per què heu puntuat amb x i no amb 1?». «Què hauria de succeir perquè passàssiu de x a 9?», «Com puc ajudar-vos a passar de x a 9?».
- **Confiança:** «Si decidíssiu deixar de fumar en aquest moment, quina confiança tendríeu d'aconseguir-ho?». «En una escala de 0 a 10, en què 0 suposa

no tenir cap confiança i 10 la màxima confiança, quina puntuació donaríeu?», «Per què heu puntuat amb x i no amb 1?». «Què hauria de succeir perquè passàssiu de x a 9?». «Com puc ajudar-vos a passar de x a 9?».

Taula 1. Principis de l'entrevista motivacional

EXPRESSAR EMPATIA	Acceptar la persona fumadora facilita el canvi de conducta, per la qual cosa és fonamental una escolta reflexiva adequada. L'ambivalència de la persona fumadora davant del tabac és normal. El professional és capaç de transmetre comprensió cap a les emocions de l'altre. Pot manifestar-se amb gestos i paraules.
CREAR LA DISCREPÀNCIA	És important que la persona fumadora prengui consciència de les conseqüències de continuar fumant. Hem d'intentar crear-li una discrepància entre les conseqüències de continuar fumant i les raons per deixar de fer-ho, i ha de ser la persona fumadora qui ha de presentar les seves pròpies raons per abandonar del tabac.
EVITAR LA DISCUSSIÓ	Les discussions del terapeuta amb la persona fumadora són contraproductes. En moltes ocasions, en argumentar contra el tabac es provoca la defensa de la persona que fuma i això fa que sorgeixin les resistències. L'aparició de resistències ens indica que hem de canviar les estratègies que s'han utilitzat prèviament.
FER UN GIR A LA RESISTÈNCIA	Les percepcions que tenen les persones fumadores sobre la seva conducta de fumar es poden canviar. El terapeuta ha de suggerir nous punts de vista sobre la conducta de fumar, sense imposicions. La persona fumadora és una font valuosa a l'hora de trobar solucions als problemes de la seva pròpia conducta.
FOMENTAR L'AUTOEFICÀCIA	La confiança en la possibilitat de canviar és un factor motivacional important. La persona fumadora és responsable d'escollir i de dur a terme un canvi personal. Si el terapeuta creu en la capacitat de canvi de la persona, el canvi es facilita.

Font modificada de Miller W.

Taula 2. Motius per deixar de fumar. Intentar que la persona fumadora trobi els seus propis motius

Adolescents • Mal alè • Taques a les dents • Estalvi de doblers • Manca d'independència (sentiment de control pels cigarrets) • Mal de coll • Tossina • Fatiga, cansament (pot afectar la pràctica de l'esport) • Infeccions respiratòries freqüents	Adults asimptomàtics: • Doble risc de patir del cor • Augmenta 6 vegades el risc d'emfisema • Augmenta 10 vegades el risc de càncer de pulmó • Es perden 5-8 anys de vida • Estalvi de doblers • Cost del temps de malaltia • Mal alè • Escassa conveniència i acceptabilitat social • Deteriorament de la pell
Embarassades • Més risc d'avortament espontani i de mort fetal • Més risc que el nadó neixi amb poc pes	Adults simptomàtics: • Infeccions de vies respiratòries altes • Tossina • Mal de coll • Dispnea • Úlceres • Angina • Claudicació • Osteoporosi • Esofagitis
Pares • Tossina i infeccions respiratòries en fills de persones fumadores • Rol exemplar	
Fumadors recents • Més facilitat per deixar-ho	
Tothom que fuma • Estalvi de doblers • Sentir-se més bé • Capacitat més gran d'exercici • Vida més llarga per gaudir de la jubilació, dels nets...	

Adaptat de Manley, MW.; Epps, RP.; Glynn, TJ. "The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients." Med Clin North Am.1992; 76:477-94.

Taula 3. Les 5 R per a la persona fumadora que no vol deixar de fumar

RELLEVÀNCIA	La intervenció motivacional té un impacte més gran si és rellevant per a l'estat de salut / la malaltia de la persona fumadora, de la seva família o situació social (per exemple, si hi ha infants a casa), si el tabac li produeix problemes de salut actualment, segons l'edat, el sexe i altres característiques de la persona que fuma.
RISCS	El professional ha de demanar a la persona fumadora que identifiqui possibles conseqüències negatives de fumar, i suggerir-li i aclarir-li els problemes més rellevants per a ella, emfatitzar-li que fumar cigarrets baixos en nicotina o utilitzar tabac d'altres formes (cigars, fumar en pipa, mastegar tabac) no elimina els riscos. Els riscos poden ser a curt termini (per exemple, exacerbació de l'asma o més problemes respiratoris), a més llarg termini (trombosi, infarts, diferents tipus de càncer, etc.) i riscos per a l'entorn (repercussions en els fills).
RECOMPENSES	El professional ha de demanar a la persona fumadora que identifiqui possibles beneficis de deixar de fumar, suggerir-li i emfatitzar-li els que són més rellevants per a la persona fumadora: millora de la salut, estalvi de doblers, recuperació del gust i de l'olfacte, millor forma física, més salut per als fills i per a altres persones.
RECONSIDERAR impediments i dificultats	El professional ha de demanar a la persona fumadora que identifiqui barreres, impediments i dificultats per deixar de fumar i intentar donar-li una solució apropiada. Les típiques barreres inclouen símptomes de la síndrome d'abstinència, por de fallar en l'intent, guany de pes, falta de suport, depressió i gust per fumar.
REPETICIÓ	La intervenció motivacional s'ha de repetir cada vegada que la persona fumadora que no està motivada per deixar de fumar acudeixi a la consulta, sempre en un ambient d'empatia i de respecte envers la persona. S'ha d'informar les persones fumadores que han fallat en intents previs de deixar de fumar que moltes persones fan diversos intents d'abandonament abans de l'èxit final.

Font: Fiore MC.

La guia americana de l'US Public Health Services de 2008 recomana els continguts de les àrees que s'haurien d'abordar en l'entrevista motivacional en persones fumadores, que poden estar basats en les 5 R (rellevància, riscos, recompenses, reconsiderar obstacles i repetició) (taula 3).

3.2.2. Intervenció en la persona fumadora que vol deixar de fumar (figura 3)

ABORDATGE INDIVIDUAL

Per ajudar a deixar de fumar els pacients disposats a fer un intent seriós d'abandonament, hem d'elaborar un pla de tractament i seguiment que inclogui:

1. **Felicitar-los per la decisió** («És la millor decisió que podeu prendre per a la vostra salut») i aclarir les expectatives que la persona té respecte de la teràpia per deixar de fumar, transmetre-li que nosaltres l'orientarem, l'ajudarem i li donarem suport, però que és necessari el seu esforç per aconseguir l'èxit.

2. **Triar la data d'abandonament:** dins el mes següent, s'ha de triar un moment adequat (sense estrès, sense compromisos socials, etc.). Notificar la data als familiars, amics i/o companys per augmentar el compromís i cercar el seu suport i col·laboració en tot el procés. No obstant això, no tots els pacients volen aquest abandonament sobtat o no se senten capaços. Per això, la persona ha de triar entre fer un cessament brusc del consum o un descens gradual, encara que decidint una data a partir de la qual ja no fumarà pel risc d'augmentar el consum després d'un primer descens.

3. **Fer una intervenció:** psicosocial (taula 4), oferint i explicant el tractament farmacològic a totes les persones fumadores, excepte si hi ha contraindicacions o falta d'evidència clara de l'eficàcia. El tractament farmacològic duplica les possibilitats de deixar de fumar al cap de l'any (taules 5a, 5b i 5c).

A la taula 6 s'especifiquen tècniques de tractament psicològic de gran utilitat per ajudar a deixar de fumar. És convenient donar recomanacions a la persona fumadora per pal·liar la síndrome d'abstinència, que arriba al màxim durant la primera setmana, i després disminueix fins que desapareix (taula 7).

Si la persona vol deixar de fumar, el primer que s'ha de fer és felicitar-la per la seva decisió, donar-li l'enhorabona i sempre mostrar una actitud positiva amb les seves accions i suport envers la seva conducta i seguiment. A continuació és important obtenir un bon registre de l'hàbit tabàquic en la nostra història clínica informatitzada i descriure el temps que fa que és fumadora, els motius per deixar de fumar, el consum de tabac diari, els intents previs d'abandonament, els fàrmacs que ha pogut prendre en els intents previs i si han anat bé o no, les causes de les recaigudes en els intents previs, els motius que la varen dur a deixar de fumar les altres vegades, un test de dependència i de motivació per deixar-ho en aquest intent, etc.

Hi ha altres eines objectives que durant el procés d'abandonament es poden utilitzar com a eines motivacionals, com ara els mesuradors de monòxid de carboni o carboxímetre i les espirometries forçades amb mesuradors d'edat pulmonar (COPD6), però per a això el professional sanitari ha d'estar ensinistrat tant per usar els aparells com per interpretar-ne els valors com a element motivacional.

Una vegada que obtenim tota la informació, les opcions d'intervenció també són variades i si bé la majoria dels professionals d'atenció primària acabaran fent una intervenció breu, creim que és important que s'expliqui com hauria de ser una intervenció intensiva individual en la consulta d'atenció primària. La diferència entre ambdues és que el temps que dedicam en la consulta i el nombre de sessions és més gran i, per tant, la dedicació i l'experiència del professional sanitari que la fa la majoria de vegades habitualment també solen ser més grans.

En ambdós casos, la primera visita ha de ser de contingut més o menys comú, si bé en la intervenció breu, sobretot en el **protocol de les 3 visites** que es proposa en aquesta guia (figura 4), els tests solen ser més curts.

Es revisa tot el que s'ha descrit sobre la història clínica, la història tabàquica, l'entorn familiar i social fumador o no, les possibles dificultats que ens trobarem per deixar de fumar, com ara estressors, si la persona fuma per recompensa o per mitigar l'estrès, es parla sobre els mites del tabac, el cost i les associacions del tabac per després dur a terme **tècniques de desautomatització**.

Parlam dels seus motius per deixar de fumar i se li donen pautes per a la visita següent, a més de plantejar-li que fixi un dia D. En cas del protocol de les 3 visites, es planifica aquesta data, s'explora la possibilitat de prescriure fàrmacs i se cita la persona en 15 dies i aquest dia ha de ser una setmana després del dia D. Si es fa una intervenció intensiva, les intervencions han de ser setmanals i d'uns 20-30 min de durada.

En la **2a visita** del protocol de les 3 visites es demana sobre el tabac; si la persona està sense fumar, se la felicita i es fa una prevenció de les recaigudes oferint-li'n tota la informació, se li dóna informació sempre sobre els beneficis de mantenir-se sense fumar i de les dificultats de mantenir-se abstinent, i sempre es deixa la possibilitat de rebre el nostre suport davant de qualsevol problema o dubte. Si s'ha prescrit medicació, sempre se li ha de demanar com li va i fer-ne un bon control. La nostra meta és sempre **l'abstinència total**, i en qualsevol moment es pot oferir a la persona un seguiment més intensiu si no es veu segura o hi ha qualsevol incidència.

La visita següent del **protocol de les 3 visites** es du a terme als 30 dies de la visita 2, i s'hi fa un seguiment més o menys similar que en la visita 2 sempre que no hi hagi hagut cap contratemps. Entre ambdues visites sempre hem de deixar oberta la possibilitat d'un contacte telefònic o una cita per qualsevol contratemps que li pugui sorgir.

En les **intervencions individuals intensives (taula 8)**, les passes es fan de manera més gradual, tret que els pacients ens marquin el ritme de manera diferent.

En aquesta **tercera visita** la persona fumadora ja ve amb una data fixada per deixar de fumar, si bé en algunes ocasions hi ha pacients que s'avancen i dies abans ja ho han deixat pel seu compte i acudeixen sense fumar i amb alguns símptomes de la síndrome d'abstinència. En cas que venguin amb la data fixada, el que hem de fer és repassar les tècniques de desautomatització per evitar totes les situacions de la vida quotidiana que li recordaran el tabac. La persona fumadora ja haurà anat reduint el nombre de cigarrets els dies anteriors i haurà retirat els que no eren purament necessaris per calmar l'abstinència a la nicotina (taules 6 i 7), i li recordarem els beneficis de la decisió presa de voler deixar de fumar. Si s'ha optat per algun fàrmac, se n'ha de repassar la indicació, com l'ha de prendre, quan i des de quin moment, i si ja el pren si té cap problema. Reforçarem la data triada i l'objectiu de l'abstinència total.

Demanam sobre dubtes i preguntes, i fixam data per a 1 o 2 dies després del dia D.

En la **4a sessió** la persona fumadora ve en abstinència; si és així, se li dóna l'enhorabona, es repassen els possibles símptomes de la síndrome d'abstinència per si apareixen i com pal·liar-los, i se li ensenyen tècniques de relaxació, com fer-les i on fer-les.

Se li ha de demanar sobre el seu entorn social, familiar i laboral, si té aliats i si hi ha algun problema a l'hora de mantenir-se en abstinència en cada moment de la vida diària.

S'ha de repassar la medicació i reforçar tècniques de relaxació i desautomatització que la puguin ajudar.

S'han de donar consells sobre l'exercici físic i l'alimentació a totes les persones, però posar èmfasi, sobretot, en les persones que ens hagin verbalitzat que un augment de pes pot ser un problema a l'hora de mantenir-se en abstinència.

La **5a sessió** es pot fer segons la persona o bé al cap d'una setmana de la 4a o als 15 dies. Sol ser una sessió per valorar l'aparició de la "fase de dol".

Hi poden aparèixer símptomes de sensació de buidor, ho verbalitzen com la “falta d’una amic que els ha acompanyat molt de temps”; no obstant això, hi ha persones que contràriament recuperen la seva llibertat. En aquesta fase, la síndrome d’abstinència està en descens i tots els símptomes desapareixen, per la qual cosa és molt important verbalitzar els beneficis de la decisió que han pres i reforçar-los, i aconsellar-los l’activitat física ja que afavoreixen l’objectivació dels beneficis esmentats.

S’ha de controlar la medicació de qui en pren, el compliment, explorar-ne els efectes adversos i sobretot que no abandonin els fàrmacs abans d’hora.

La **6a i darrera sessió** es pot fer al cap d’1-2 mesos de la 5a sessió per valorar el manteniment de l’abstinència i sobretot per prevenir recaigudes. És una etapa perillosa, ja que el pacient pensa que “tot està controlat” i en aquesta fase és en la qual de vegades sol ocórrer que “per un cigarret no passa res” i acaben recaient. És important indicar això a la persona, sobretot en situacions socials de baixada de control.

Posteriorment, es fan controls que poden ser presencials o telefònics als 6 mesos i a l’any per confirmar-ne l’abstinència i amb l’objectiu de fer un reforç positiu d’hàbits saludables de vida.

Hem de recordar als pacients que malgrat llargs períodes d’abstinència sempre s’ha de tenir en compte la possibilitat d’una recaiguda i per això s’ha de treballar en la prevenció.

3.2.3. Tractament farmacològic per a l’abordatge del tabaquisme

Actualment els fàrmacs de primera línia per a l’abordatge de la persona fumadora són la vareniclina, la teràpia substitutiva amb nicotina, el bupropió i, finalment i en casos individualitzats, la combinació d’aquests fàrmacs.

A continuació de manera esquemàtica, clara i concisa es concreten les especificacions de cadascun i els aspectes més ressenyables que han de tenir en compte tots els professionals sanitaris que els prescriuin i els que han d’atendre pacients que els utilitzaran.

Tractament amb fàrmacs: vareniclina. S’ha d’utilitzar tret de contraindicacions o en poblacions determinades (embarassades, fumadors lleugers, adolescents) en les quals no hi ha una evidència ferma de l’eficàcia

Fàrmac	Vareniclina
Presentacions	Comprimits de 0,5 mg i 1 mg
Dosi/durada	▪ Del 1r al 3r dia: 0,5 mg una vegada al dia ▪ Del 4t al 7è dia: 0,5 mg dues vegades al dia ▪ Del 8è dia al final del tractament: 1 mg dues vegades al dia Durada del tractament: 12 setmanes. En cas d'efectes secundaris, dosi d'1 mg/dia en una sola dosi, o repartit en dues dosis de 0,5 mg també aporta beneficis.
Instruccions	Iniciar el tractament 1-2 setmanes abans de deixar de fumar. Els comprimits s'han de prendre durant les menjades o al final. Acompanyar-lo de suport psicològic i seguiment.
Efectes adversos	▪ Nàusees ▪ Insomni i alteracions del son ▪ Cefalea ▪ Restrenyiment i flatulència ▪ Vòmits Els efectes adversos solen ser dosis dependents.
Contraindicacions	Hipersensibilitat al producte
Precaucions	No es recomana usar-lo en <18 anys. No s'ha d'utilitzar en l'embaràs ni en la lactància. No hi ha interaccions clínicament significatives. En insuficiència renal greu, cal disminuir la dosi a 1 mg/dia (iniciar la dosi amb 0,5 mg una vegada al dia durant els 3 primers dies i evitar durant aquest temps l'ús de cimetidina). No hi ha experiència clínica en pacients amb epilèpsia. Es pot administrar sense problemes en pacients psiquiàtrics tractats i estables (estudi Eagles).

Tractament amb fàrmacs: TSN. S'ha d'utilitzar tret de contraindicacions o amb precaució en poblacions determinades (embarassades, fumadors lleugers, adolescents) en les quals no hi ha una evidència ferma de l'eficàcia

FÀRMACS	Pegats de nicotina	Xiclets de nicotina	Comprimits per llepar de nicotina	Aerosol bucal de nicotina
Presentacions	Pegats de 24 i 16 h	Xiclets de 2 i 4 mg	Comprimits d'1, 1,5, 2 i 4 mg	Cada aplicació és d'1 mg
Dosi/durada	• Un pegat al dia. • Si són pegats de 24 h: 4 setmanes, 21 mg 2 setmanes, 14 mg 2 setmanes, 7 mg • Si són pegats de 16 h: 4 setmanes, 15 mg 4 setmanes, 10 mg Utilitzar-lo més de 8 setmanes no n'augmenta l'efectivitat. Els de 16 h provoquen menys insomni. Per a les persones fumadores que s'aixequen a la nit o tenen torns canviants, millor els de 24 h.	• S'ha de prescriure inicialment el de 2 mg. • S'han de prescriure els de 4 en els casos següents: - Dependència alta (≥ 5 en test de Fagerström) - Recaiguda prèvia amb el de 2 mg • S'han de provar pautes de dosificació fixes (1 xiclet cada hora mentre s'està despert)^b. No s'ha de passar de 25 xiclets/dia de 2 mg, ni de 15 xiclets/dia de 4 mg. Se n'ha de disminuir l'ús gradualment després de 3 mesos.	• S'han de provar pautes de dosificació fixes (1 comprimit cada 1-2 hores)^b. • Dosi habitual: 8-12 comprimits/dia. No s'ha d'excedir de 30 comprimits/dia. • Se n'ha de disminuir l'ús gradualment després de 3 mesos.	* Fase I: 1-6 setmanes (1-2 polvoritzacions / ganes de fumar un cigarret). * Fase II: 7-9 setmanes (reduir el nombre de polvoritzacions fins a aconseguir en la setmana 9 el 50 % de la fase I). * Fase III: 10-12 setmanes (continuar reduint les polvoritzacions fins a 4 al dia la setmana 12 i deixar-ho).

Instruccions	• S'ha d'aplicar sobre pell sana i sense borrisol a l'alçada del tronc, a la part superior del braç o maluc. En les dones, no s'ha d'aplicar sobre el pit. • S'ha de començar a utilitzar en aixecar-se el dia de deixar de fumar i retirar: - el de 24 h, l'endemà - el de 16 h, a la nit • S'ha de canviar el lloc del pegat cada dia i no repetir-lo durant diversos dies.	• S'ha de mastegar el xiclet fins que es percebi un sabor «coent». S'ha de col·locar entre la geniva i la paret bucal per permetre que la nicotina s'absorbeixi. Quan disminueixi el sabor, s'ha de tornar a mastegar (cal anar canviant el lloc de col·locació del xiclet).	• S'ha de llepar el comprimit lentament fins que es percebi un sabor «coent». S'ha de col·locar entre la geniva i la paret bucal per permetre que la nicotina s'absorbeixi. Quan disminueixi el sabor, s'ha de tornar a llepar (cal anar canviant el lloc de col·locació del comprimit).	1. S'ha de fer servir el polze per da-vallar el botó fins que es pugui pitjar lleugerament cap a dins. No s'ha de pitjar gaire. 2. S'ha de dirigir el broquet cap a la boca oberta al més a prop possible. 3. S'ha de pressionar fort la part superior del dispensador per alliberar una polvorització dins la boca, evitant els llavis. No s'ha d'inhalar mentre s'aplica per evitar que la polvorització entri al coll. Per obtenir resultats més bons, no s'ha d'empassar saliva els segons posteriors a la polvorització.
		S'ha d'utilitzar cada xiclet o comprimit durant 30 minuts. L'absorció és limitada per la ingesta de cafè, begudes àcides o refrescs, per la qual cosa s'han d'evitar durant els 15 minuts anteriors. La nicotina s'absorbeix fonamentalment a través de la mucosa oral.		• Màxim: - 2 polvoritzacions/ aplicació - 4 polvoritzacions/h - 64 polvoritzacions/ dia • No s'ha d'utilitzar més de 6 mesos.

Efectes adversos	• Reaccions dermatològiques locals • Insomni i malsons • Cefalea	• Dolor muscular a la mandíbula		
		• Gàstrics: nàusees, vòmits, pirosi, singlot • Cefalea. • Locals: hipersalivació, irritació i/o úlceres lleus a la boca i/o al coll		- Singlot - Efectes en el lloc d'administració: formigueig, sensació de coïssor, inflamació, dolor a la boca o als llavis o canvis en la percepció dels sabors. - Sequedat de boca o gargamella o increment de les quantitats de saliva. - Sensació de dispèpsia (indigestió).
Contraindicacions	• Dermatitis generalitzada			
	Malaltia cardiovascular aguda o inestable: infart agut de miocardi, angina de pit inestable, arítmies cardíques greus, ACV recent.			
Precaucions	• En cas d'embaràs i lactància, s'ha de recomanar sempre l'abandonament complet del tabac sense teràpia substitutiva amb nicotina (TSN). No obstant això, si no s'aconsegueix en dones embarassades fumadores bastant dependents, es pot recomanar la TSN sota supervisió mèdica, valorant sempre la relació risc-benefici. • No està recomanat emprar-lo en infants. Es pot utilitzar en adolescents (de 12 a 17 anys) sota control mèdic. • S'ha d'utilitzar amb precaució en els casos d'hipertensió no controlada, úlcera pèptica activa, feocromocitoma, hipertiroidisme, dany hepàtic o renal greu. • Insuficiència cardíaca avançada.			
	• S'han de combinar pegats de nicotina amb xiclets o comprimits o inhalador bucal en persones fumadores amb alta dependència a la nicotina o amb antecedents de síndrome d'abstinència important.			

^a La pauta estàndard és l'administració diària durant 8 setmanes. Segons la metanàlisi de Cochrane, els tractaments de més de 8 setmanes no augmenten l'eficàcia dels pegats, tot i que es pot ajustar segons els símptomes d'abstinència, de sobredosi, etc. Per a grans fumadors, >25 cigarrets/dia, es podria optar —segons els autors d'aquesta guia—, per pegats de 15 +10 mg durant 4 setmanes, seguit de 15 mg 4 setmanes i 10 mg 2 setmanes.

^b Es poden oferir pautes de dosificació a demanda. En aquests casos, cal advertir la persona que no utilitzi una dosi insuficient.

Tractament amb fàrmacs: bupropió. S'ha d'utilitzar tret de contraindicacions o poblacions determinades (embarassades, fumadors lleugers, adolescents) en les quals no hi ha una evidència ferma de l'eficàcia

FÀRMACS	Bupropió
Presentacions	Comprimits de 150 mg
Dosi/durada	• 150 mg cada matí durant 6 dies; després 150 mg/2 vegades al dia separades almenys per un interval de 8 h. • S'ha de començar el tractament 1-2 setmanes abans de deixar de fumar. • S'ha de prolongar el tractament de 7 a 9 setmanes des del dia que deixa de fumar. • Si la persona s'oblida una dosi, no l'ha de recuperar, sinó que ha d'esperar a prendre la següent.
Instruccions	• Cal fixar el dia D per deixar de fumar després d'1-2 setmanes de l'inici del tractament. • Cal donar suport i fer-ne el seguiment.
Efectes adversos	• Insomni • Cefalea • Sequedat de boca i alteracions del sentit del gust • Reaccions cutànies/hipersensibilitat Alguns efectes secundaris depenen de la dosi. Si apareixen amb 150 mg dues vegades al dia, es pot mantenir 150 mg una vegada al dia (hi ha estudis que ho avalen).
Contraindicacions	• Hipersensibilitat al producte. • Trastorn convulsiu actual o antecedents. • Tumor del sistema nerviós central. • Cirrosi hepàtica greu. • Deshabitució brusca d'alcohol o benzodiazepines. • Diagnòstic actual o previ d'anorèxia o bulímia. • Ús d'inhibidors de la monoamina-oxidasa en els 14 dies previs. • Història de trastorn bipolar. • Embaràs i lactància. • Infants i adolescents.
Precaucions	• En insuficiència hepàtica lleu-moderada o insuficiència renal i ancians, la dosi recomanada és de 150 mg/dia. • Si el llindar convulsiu està disminuït (tractament amb medicació que baixa el llindar de convulsions^a, ús abusiu d'alcohol, història de traumatisme cranial, diabetis tractada amb hipoglucemians o insulina, ús d'estimulants o productes anorexigens), no s'ha d'utilitzar, tret que hi hagi una causa clínica justificada en què el benefici de deixar de fumar superi el risc de convulsions. En aquests casos, la dosi ha de ser de 150 mg/dia. • Interaccions amb altres medicaments.

^a Antipsicòtics, antidepressius, antipalúdics, tramadol, teofil·lina, esteroides sistèmics, quinolones, antihistamítics sedants.

Tractaments farmacològics combinats. Ocasionalment i segons la formació del professional, es pot considerar el tractament combinat.

TSN combinada: pegat + forma oral. Apareix en la metanàlisi de Fiore com el tractament més efectiu. Amb els pegats de 16 hores, la forma oral en despertar combat l'apetència matutina fins que es col·loca el pegat. La forma oral s'ha de planificar en despertar i en els moments en què la persona fumadora relata que fuma amb més intensitat (ex.: després de les menjades) i a demanda.

TSN + bupropió. Apareix en la guia Fiore de 2008, amb nivell d'evidència A i aprovada per l'FDA. En estudis recents, l'eficàcia d'aquesta combinació va millorar les possibilitats de deixar de fumar si es compara amb les persones que varen prendre només bupropió.

Vareniclina + nicotina oral. L'ús combinat de vareniclina i nicotina oral és ben tolerat sense problemes i es pot utilitzar en les fases inicials d'ajustament de la dosi per controlar els símptomes d'abstinència i quan el perill de recaiguda sigui alt.

Vareniclina combinada amb TSN en forma de pegats. No sembla que incrementi significativament l'eficàcia de la TSN.

En els casos de persones fumadores preocupades per l'increment de pes es pot combinar **un fàrmac de primera línia** (vareniclina, pegats o bupropió) **amb nicotina oral**.

La combinació de vareniclina i bupropió seria una opció atesos els diferents mecanismes d'acció i la probable falta d'interaccions entre ambdós. **Aquesta combinació incrementa l'eficàcia a curt i mitjà termini però no a llarg termini.**

4. Situacions especials

4.1. Embaràs i lactància

4.1.1 Tabac i embaràs

L'embaràs és un període especialment receptiu per a les cures de salut. És més probable que una dona deixi de fumar durant l'embaràs que en qualsevol altre moment de la seva vida. Una futura mare està generalment molt motivada per fer tot el que estigui al seu abast per tenir un nadó més sa. Els sanitaris podem utilitzar aquesta motivació per ajudar que les gestants aconseguixin canvis permanents en els seus estils de vida, molt saludables per a elles i per a les seves famílies.

Encara que un nombre significatiu de dones embarassades deixen de fumar abans que neixi el nadó, el 17% continua fumant durant tot l'embaràs (NICE, 2010). La prevalença del tabaquisme en l'embaràs disminueix de manera significativa en

els països desenvolupats, però aquesta disminució no es reparteix igual en tota la societat. Hi ha una associació amb factors com ara l'edat, el nivell socioeconòmic i la patologia psicològica.

Fumar durant l'embaràs és el factor de risc modificable més important per a la salut del nadó i de la mare. Continua sent un problema greu de salut pública i malgrat que són coneguts els riscos sobre la salut associats a aquesta conducta, moltes dones continuen fumant després de saber que estan embarassades; moltes necessiten ajuda per deixar-ho i els proveïdors de cures obstètriques estan en una posició única per ajudar-les. Hi ha estratègies disponibles amb una gran evidència científica sobre l'efectivitat i l'eficiència que s'han d'integrar en la rutina assistencial.

Les conseqüències possibles d'aquest consum són obstètriques (augmenta el risc d'avortament espontani, embaràs ectòpic, placenta prèvia, part prematur...), neonatals (augment de prematuritat i/o baix pes en néixer...) i especialment en els nadons. Els infants exposats presenten més problemes de salut (infeccions respiratòries, bronquitis, asma, sobrepès, mort sobtada...), trastorns cognitius (trastorns de l'atenció, la memòria, el llenguatge i funcions executives), trastorns de comportament (impulsivitat, hiperactivitat i dèficit d'atenció —TDAH—), síndrome d'abstinència que de vegades passa desapercebut en néixer (plors, nounat inconsolable, irritabilitat, trastorns del son, digestius...) que poden causar dificultats relacionals importants entre mare-fill, retard del creixement, símptomes psiquiàtrics (ansietat, depressió).

Malgrat que les intervencions per deixar de fumar han demostrat que augmenten les taxes d'abstinència al tabac a llarg termini, generalment no estan integrades en les rutines de les visites prenatales i l'embaràs és un període especialment indicat per intervenir sobre el tabaquisme.

Recomanació. Força d'evidència C*: la farmacoteràpia s'ha de considerar quan una embarassada fumadora no aconsegueix deixar de fumar de cap altra manera, i quan els beneficis de deixar de fumar sobrepassen els riscos de continuar fumant i els riscos potencials del tractament mateix.

La deshabitució tabàquica grupal exclusiva per a embarassades i per als seus familiars amb addicció tabàquica també ofereix avantatges importants ja que es troben en la mateixa situació de risc compartida, juntament amb els sentiments de culpa que genera l'addicció al tabac durant l'embaràs.

En molts casos la parella de la gestant comparteix l'hàbit tabàquic i en algunes ocasions fumen dins la llar. El tabaquisme actiu del pare és responsable del tabaquisme passiu per a la mare i el seu nadó. Suposa un moment privilegiat per al personal sanitari per poder promoure el canvi d'hàbit i oferir la nostra ajuda per

a l'abandonament, així com alertar dels riscos del tabaquisme passiu sobre la gestant, el fetus, la seva parella i la resta de la família.

4.1.2 Tabac i lactància

La nicotina passa a la llet materna i afecta la producció de prolactina i, per tant, redueix la producció de llet. Les dones fumadores tenen menys llet.

La nicotina (en la llet materna i el fum del tabac) també causa còlic en el nounat.

Així mateix, la nicotina causa una pujada d'adrenalina, la qual interfereix en la producció d'oxitocina i, per tant, interfereix amb el reflex de la baixada de la llet.

La llet és també de qualitat més dolenta i el sabor canvia 30-60 minuts després de fumar. Això pot causar que el nadó rebutgi la llet.

S'ha demostrat que les mares fumadores donen el pit menys vegades i durant menys mesos que les no fumadores.

El nadó de la puèrpera amb tractament substitutiu amb nicotina (TSN) rebrà menys nicotina que si fuma. El tabac produeix nivells de nicotina a la sang de 44 ng/ml mentre que si utilitza pegats, produeixen al voltant de 17 ng/ml. A més, el nadó no estarà exposat al fum del tabac.

Si no pot deixar de fumar hauria d'intentar reduir el nombre de cigarrets diaris, no fumar a casa i, com que el fum es queda a la roba, utilitzar un abric o una cosa que es pugui treure després perquè el nadó no inhali el fum de la seva roba. Així mateix, hauria de fumar immediatament després d'una presa per reduir la quantitat de nicotina que rep el nadó (després de 95 minuts la meitat de la quantitat de nicotina en la llet materna s'haurà eliminat).

És millor que continuï donant el pit. El tabac i la lactància materna és preferible al tabac i la lactància artificial.

4.2. Adolescència (entre 12 i 17 anys d'edat)

Peculiaritats

Hi ha un increment del percentatge de fumadors ocasionals i diaris des de l'inici fins al final de la pubertat, i després es manté més o menys estable en igualar-se els abandonaments amb les incorporacions al consum. El 90 % d'adults fumadors en varen iniciar el consum abans de l'edat de 18 anys, per la qual cosa la població adolescent està en el punt de mira de moltes intervencions preventives, programes d'abandonament i, sens dubte, de les estratègies de la indústria del ram per captar nous clients.

Una segona característica de l'adolescència és que els joves són especialment vulnerables a convertir-se en dependents; els primers símptomes poden aparèixer després de pocs cigarrets, fins i tot bastant abans de convertir-se en fumadors

diaris. A priori no hi ha cap tret que permeti distingir entre els que han iniciat el consum si seran fumadors durs, mantendran un patró de consum menys intens o l'abandonaran, llevat de l'aparició primerenca dels símptomes d'abstinència, per la qual cosa el suport i la intervenció s'hauria de fer en tots.

Una altra característica important és l'increment del consum de diferents formes del tabac, sia tabac de cargolar, pipes d'aigua (pipes) o el consum associat de marihuana.

Els factors modificables que s'associen més a l'inici del consum són les influències socials de l'entorn proper a l'adolescent, que inclou la mateixa llar (pare, mare, germans més grans fumadors) i l'entorn escolar (normes o actitud davant el tabac en el centre escolar, consum entre el professorat). El grup d'amistats fumadores sembla influir més en el manteniment de l'hàbit que en l'inici. D'altra banda, l'esforç de les persones properes (progenitors, professorat i amistats) per deixar de fumar pot ajudar que l'adolescent també abandoni el consum.

Les intervencions que aconsegueixen disminuir el percentatge de persones fumadores en l'adolescència són dificultar l'accés al tabac (augment del preu, limitar punts de venda i edat permesa) i desnormalitzar la conducta de fumar (política d'espais sense fum, prohibició absoluta de la publicitat directa i indirecta).

I des del nostre entorn assistencial què podem fer?

Intervencions en adolescents en la consulta. Estratègia de les 6 A

És important parlar amb l'adolescent tot sol, deixar clara la confidencialitat i pactar quina informació s'ha de compartir amb els pares. Podem fer una intervenció individual, grupal o/i recomanar aplicacions informàtiques tipus app.

L'estratègia recomanada per utilitzar en totes les oportunitats possibles és la de les 6 A, afegint-n'hi una primera "anticipa't" a la ja coneguda 5 A, amb les particularitats següents a tenir en compte:

Anticipa't. Es tracta d'anticipar el risc que els adolescents consumeixin tabac indagant en els progenitors si n'hi ha cap que fuma i oferint consell i totes les estratègies perquè n'abandonin el consum. Ja es pot aplicar en les consultes de pediatria, i aprofitar el contacte amb els pares i la motivació extra d'aquesta etapa vital, i en les nostres consultes amb els adults que tenen fills o en les visites dels adolescents que venen acompanyats per recordar als pares la seva responsabilitat com a model de referència per als fills.

Ask. En tots els adolescents, aprofitar qualsevol visita per demanar-los sobre el consum de tabac, una vegada ja resolt el motiu de consulta, i demanar-li permís per parlar-ne. Podem utilitzar preguntes obertes, tipus "què penses sobre que hi hagi persones que fumen?", "què penses del tabac?"... però d'alguna manera cal

ser directes per saber si a casa algú fuma, si té amics que fumen, si ha pensat a provar-ho, si ha fet alguna xuclada, i demanar *explícitament* per totes les formes de consum: tabac de cargolar, pipes d'aigua, porros, cigarreta electrònica.

El caràcter explorador propi de l'adolescència facilita que experimentin també amb les drogues; un consum puntual no ha de ser un escàndol però tampoc no s'ha de banalitzar i sí fer reflexionar l'adolescent sobre el consum futur donant-li els recursos necessaris perquè actuï.

Advise. Expressar encaridament a les persones fumadores el nostre desig que n'abandonin el consum i a les que no fumen que es mantinguin sense fumar, de manera clara, contundent i personalitzada: "com a metge teu, vull que pensis que deixar el tabac és el més important que pots fer per protegir la teva salut ara i en el futur. T'ajudaré a deixar-lo".

Asses. Investigar si els ve de gust deixar de fumar en els 30 propers dies, per oferir ajuda als que vulguin deixar-lo o posar esment en tècniques d'entrevista motivadora per als quals no. Recordar-los el preu del tabac, aspectes físics com el mal alè, la coloració de les dents, la pudor o el baix rendiment atlètic juntament amb la manca de llibertat o sentir-se enganyats, són elements motivadors que podem portar a col·lació.

Assist. Proveir ajuda per al cessament del consum amb les mateixes estratègies que amb els adults i animar-los a explorar app o pàgines web a la seva mesura, p. ex.: <http://ydouthink.com/targeting-kids/>; <http://drojnet2.eu/>; <http://teen.smokefree.gov/>; http://www.exsmokers.eu/es-es/icoachhttps://correu.ssib.es/owa/redir.aspx?REF=yxN6wkB5i0XawP3GTjG_SLVspgH6SSRra2fd-EZlzlz6nI-RI6H7TCAFodHRwOi8vd3d3LmV4c21va2Vycy5ldS9lcy1lcy9pY29hY2g.

En relació amb el tractament farmacològic, l'ús de pegats i xiclets/comprimits de nicotina és segur i efectiu en els adolescents, encara que se'n recomana l'ús amb precaució. Es comença amb dosis menors en fumadors de menys de 10 cigarrets/dia o de menys de 45 kg de pes, i sempre juntament amb tècniques conductuals. Si se sospita depressió, s'ha d'abordar i tractar si fa falta amb antidepressius. El consum associat de marihuana és motiu d'estudi (p. ex. <http://evictproject.org/>) i hauria de ser un cessament simultani utilitzant la mateixa estratègia i recalçant més tècniques d'afrontament, motivació i suport social. El consum associat a l'alcohol no s'ha d'abordar sense ajuda per deixar el consum de tabac.

Arrange. El seguiment i suport per evitar recaigudes és tan important o més que en els adults per l'etapa de canvis i influències als quals estan sotmesos. Se'ls ha de facilitar el seguiment per telèfon, xarxes socials o en el mateix centre escolar, on es podrien convertir en referent motivador per a altres adolescents en situa-

ció de risc. Felicitar-los sempre en cada contacte de seguiment. En els casos de recaigudes repetides, es pot considerar derivar a la intervenció grupal o programes més intensius o d'àmbit més social per poder oferir suport.

4.3. Pacients crònics

4.3.1. Patologia cardíaca

Si bé fins no fa gaire temps els estudis amb pacients que presentaven patologia cardíaca no semblaven subsidiaris de ser tractats amb TSN, actualment hi ha prou evidència per poder assegurar que la utilització de TSN en pacients amb cardiopatia estable és segura. En pacients amb angina inestable o infart agut de miocardi recent la TSN es pot utilitzar però hem d'anar alerta i fer una vigilància constant per l'efecte vasoconstrictor. No obstant això, el que s'ha de tenir en compte és que els possibles riscos derivats de la utilització de la TSN són menors que continuar fumant, ja que el tabac, a més de la nicotina, associa altres productes tòxics com ara el monòxid de carboni més nociu per al miocardi i per a altres òrgans. En els pacients inestables o amb patologia recent, és recomanable utilitzar preparacions amb reversibilitat ràpida com ara xiclets, inhaladors o esprais orals, en comptes de comprimits o pegats.

El bupropió no és un fàrmac perillós, presenta una tolerància cardiovascular favorable, té un potencial baix d'abús i una xifra baixa d'efectes adversos lleus.

En un primer moment, l'ús de vareniclina en pacients amb patologia cardiovascular va ser discutit per la descripció de possibles efectes adversos que posteriorment es varen dissipar, però malgrat que s'han observat altes taxes de cessament i abstinència continuada en pacients amb cardiopatia isquèmica crònica estable i que és un fàrmac segur durant aquest període, no es disposa encara de prou evidència en el cas de cardiopatia isquèmica aguda o inestable, encara que l'ús no està contraindicat.

4.3.2. Pacient amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

És ben sabut que la causa principal en el món occidental de la malaltia obstructiva crònica (MPOC) és el tabaquisme i per això, com a agent etiològic i desencadenant de la fisiopatologia de la malaltia, es considera que el tractament del tabaquisme d'aquests pacients hauria de ser prioritari, atès que es podria prevenir el desenvolupament de la malaltia, la progressió, millorar l'evolució i la supervivència dels pacients, i això darrer és, juntament amb l'oxigenoteràpia, l'única mesura, l'únic tractament que fins ara ho ha demostrat.

Respecte de la població general o pacients amb altres patologies cròniques, són pacients amb determinades particularitats. Són pacients amb un consum més elevat de cigarrets, més dependència, menor motivació, més baixa autoestima i autoeficàcia, ocasionalment amb altres patologies associades, cardiovasculars o

trastorns de l'estat de l'ànim, i el fet que es produeixi un augment de pes en l'aturada pot ser un problema.

Per tot això, és molt important fer una bona història clínica del consum de tabac i sens dubte de la seva patologia pulmonar, i en aquest cas faran falta intervencions intensives sempre individualitzades en cada pacient.

L'entrevista motivacional és una eina de gran utilitat en aquests pacients per promoure els canvis en les conductes addictives, sobretot en els ambivalents davant de l'intent.

Tractament cognitiu conductual

El tractament cognitiu conductual en aquests pacients és una eina imprescindible per a la deshabitució, amb matisos diferents que podem incloure en cada consulta.

Utilitzant tècniques d'entrevista motivacional, el missatge ha de ser clar però respectuós i flexible. És molt útil per a l'elecció del dia D o per començar la reducció.

Es poden utilitzar com a mètodes motivadors l'espirometria o més encara l'edat pulmonar, bé calculant-la o bé si es té mitjançant mesuradors (COPD6).

Si en tots els pacients fumadors és important identificar situacions de risc, en aquests molt més, i cercar automatismes externs (consum d'alcohol, relació amb llocs o tasques concretes, alimentació...) i interns (moments d'alegria o tristesa, adaptació social, emocions, enyorança...) que puguin condicionar una caiguda o recaiguda.

Inicialment es recomana l'evitació d'aquests desencadenants però després haurem d'oferir eines d'afrontament per exposar-s'hi (dessensibilització sistemàtica).

Mesures farmacològiques

Qualsevol tractament farmacològic, TSN, bupropió o vareniclina a dosi estàndard han demostrat ser eficaços en el tractament del tabaquisme de pacients amb MPOC. Es pot prolongar el tractament fins a 6-12 mesos. Es poden combinar fàrmacs, per exemple, vareniclina a dosi estàndard associat a TSN d'alliberament ràpid (p. e. inhalador bucal o comprimits) a demanda.

4.3.3. Altres comorbiditats freqüents

Diabetis mellitus

En aquests pacients el tractament d'elecció podria ser la vareniclina o TSN sempre individualitzant cada cas, les seves comorbiditats i monitorant les glucèmies per ajustar el seu tractament hipoglucemiant de base si és necessari. No es recomana l'ús combinat de bupropió i els fàrmacs antidiabètics (tant la insulina com els hipoglucemiants orals) ja que ambdós tenen la capacitat de reduir el llindar convulsiu i l'efecte sinèrgic podria augmentar el risc d'un episodi convulsiu.

Hipertensió arterial

Tant la TSN i sobretot el bupropió poden provocar augments de la tensió arterial, i sobretot si s'utilitzen en combinació, encara que no se'n contraindica la utilització sempre que la persona tengui TA controlada, s'utilitzin separatament i es facin controls periòdics de la tensió arterial. Si s'associen els dos, es recomanen controls setmanals tant en hipertensos coneguts com en no hipertensos.

Amb vareniclina l'augment de la tensió arterial és poc freqüent.

Insuficiència renal

La TSN s'ha d'utilitzar amb precaució en la insuficiència renal greu.

La vareniclina, en cas d'insuficiència renal lleu o moderada, no necessita ajustament de la dosi. Si apareixen reaccions adverses no tolerables pot reduir-se la dosi a 1 mg una vegada al dia o repartir la dosi (0,5 mg a 2 preses). Si la IR és greu (aclarament de creatinina estimat <30 ml/min), s'ha de reduir la dosi a 1 mg una vegada al dia. En insuficiència renal terminal no es recomana el tractament amb aquest fàrmac.

El bupropió en insuficiència renal pot utilitzar-se ajustant la dosi (150 mg/dia) ja que els metabòlits poden acumular-se en una proporció major a l'habitual.

Insuficiència hepàtica

La TSN, com el bupropió, es pot utilitzar en insuficiència hepàtica, tret que hi hagi cirrosi. La dosi de bupropió s'ha de reduir a la meitat (150 mg/dia) per la variabilitat farmacocinètica.

En el cas de la vareniclina no és necessari un ajustament de la dosi.

4.4. Pacients psiquiàtrics

4.4.1. Malalties psiquiàtriques

Els pacients amb malalties psiquiàtriques, siguin les que siguin, presenten més prevalença de tabaquisme que la població general, així com una dependència nicotínica més intensa. Per tant, són pacients que presenten un risc greu de morbiditat i de presentar qualsevol de les malalties relacionades amb el tabac.

Quant a l'abordatge del tabaquisme, cal tenir en compte unes consideracions especials:

- Es recomana abordar el consum de tabac quan la patologia està en fase estable i encara que fins fa poc temps es creia que la deshabitució podia augmentar el risc d'exacerbació de la patologia de base, actualment l'evidència suggereix que els símptomes psiquiàtrics habitualment no empitjoren, i fins i tot milloren amb l'abandonament del tabac.

- Es recomana un seguiment i monitoratge més estret que en la població general.
- Convé realitzar estratègies d'abordatge amb teràpies conductuals intensives.

4.4.2. Depressió i trastorn d'ansietat

En ambdós casos es recomana fer un abordatge combinat amb tècniques conductuals i farmacològiques individualitzades en cada persona.

Els pacients amb trastorns d'ansietat poden tenir símptomes de la síndrome d'abstinència més acusats, per la qual cosa se'ls ha d'advertir i tractar correctament amb teràpies combinades cognitivoconductuals intensives i fàrmacs adequats a cada persona.

Quant a aquests pacients, cal tenir precaució amb els fàrmacs triats per al seu tractament per deixar de fumar, per les possibles interaccions, els efectes secundaris i el millor perfil de seguretat.

El bupropió s'ha associat a risc de convulsions, el qual és dosi-dependent. El risc augmenta si el pacient està en tractament amb antidepressius com ara inhibidors de la monoamina-oxidasa (IMAO), inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS), antidepressius tricíclics i altres substàncies que disminueixen el llindar convulsiu.

La TSN en pacients psiquiàtrics fumadors es pot recomanar amb un grau d'evidència científica C. Les dosis utilitzades han de ser altes i s'han d'utilitzar entre 12 i 14 setmanes com a mínim, encara que en ocasions es pot prolongar durant més temps. Es pot associar a tractament antidepressiu amb fluoxetina, nortriptilina, venlafaxina o bupropió. L'ús combinat de TSN i bupropió pot augmentar el risc d'hipertensió arterial, per la qual cosa s'ha de fer un control estricte de les xifres de PA.

La vareniclina s'havia associat amb depressió, agitació, idees suïcides i, fins i tot, suïcidi, però estudis posteriors (estudi Eagles) han mostrat elevades taxes d'èxit en pacients amb depressió major estable que podrien justificar la utilització en aquest col·lectiu de pacients, sempre fent un control exhaustiu dels possibles símptomes associats, canvis de conducta o l'estat d'ànim.

4.4.3. Trastorn bipolar

El tabac augmenta el metabolisme de fàrmacs com l'olanzapina, la clozapina, l'haloperidol i la fluvoxamina. Així doncs, alguns pacients fumadors amb trastorn bipolar poden necessitar fins i tot un 50 % d'augment en la dosi d'aquests medicaments o requerir un canvi de fàrmac per un altre que no augmenti el metabolisme amb el tabac. A més, la nicotina pot disminuir l'eficàcia ansiolítica de les benzodiazepines i la capacitat dels bloquejadors beta per reduir la freqüència cardíaca i la pressió sanguínia, per la qual cosa hem d'ajustar la dosi d'aquests medicaments si els pacients fumen o estan intentant deixar de fumar.

Pel que fa a aquests pacients no hi ha gaire bibliografia, però es recomana el tractament combinat de farmacoteràpia i psicoteràpia:

Teràpies cognitives conductuals, motivacionals i de prevenció de recaigudes, que poden ser de manera individual o grupal i que facin especial esment en la psicoeducació, la reducció d'ansietat, els reforços positius i d'orientació cognitiva conductual.

La TSN, es prefereix la combinació de formulacions, amb una presentació d'acció curta (xiclets o aerosol bucal) i una formulació d'acció més prolongada (pegat), per disminuir el deler i millorar l'eficàcia comparada amb una sola formulació.

El bupropió no és un fàrmac de primera elecció en aquests pacients. L'ús s'ha de fer amb una precaució especial en pacients amb malaltia estable, amb un seguiment estricte, a causa de les potencials interaccions amb altres medicaments (la carbamazepina indueix la disminució de nivells plasmàtics del bupropió, per exemple) i dels efectes secundaris neuropsiquiàtrics descrits que pot presentar en aquests pacients (agitació, convulsions i suïcidi).

La vareniclina també necessita un seguiment estricte per poder detectar si hi ha qualsevol canvi en l'estat d'ànim i la conducta durant el tractament, igual que el bupropió, tot i que estudis més recents no associen aquestes alteracions directament amb el fàrmac.

No hi ha estudis suficients que aclareixin quan s'ha d'iniciar el tractament per deixar de fumar en els pacients amb trastorn bipolar, per la qual cosa el professional sanitari ha de valorar en quin moment cal intervenir. No obstant això, múltiples revisions aconsellen que els períodes d'estabilitat o eutímia poden ser ideals per fomentar el cessament del tabac.

4.4.4. Esquizofrènia

Igual que la resta de pacients amb trastorns psiquiàtrics, els pacients amb esquizofrènia presenten una alta prevalença de consum de tabac perquè fumen per contrarestar els efectes dels antipsicòtics. Tenen una gran dependència i els símptomes associats a la seva malaltia de base fan que sigui un dels grups de pacients amb més dificultat en els intents de deshabitució, principalment pel mal compliment i l'escassa adherència. Per tot això, la reducció del consum es pot considerar un èxit.

En qualsevol cas l'abordatge inicial s'ha de fer amb teràpia farmacològica i teràpia cognitiva conductual basada a cercar reforços positius i a reduir l'ansietat.

El tractament d'elecció en aquests pacients per la fàcil posologia és la TSN en pegats, que es pot combinar amb els antipsicòtics atípics (risperidona, olanzapina), i ha demostrat que dona bons resultats.

La vareniclina ha demostrat un efecte beneficiós amb un bon perfil de seguretat i el bupropió no està contraindicat.

4.5. Cigarretes electròniques

Les cigarretes electròniques són un producte de consum relativament nou que està compost per 3 elements bàsics: una bateria, un atomitzador i un cartutx reemplaçable. La majoria de cartutxos reemplaçables contenen nicotina suspesa en propilenglicol o glicerina i aigua, però alguns també contenen components potencialment perillosos (formaldehid, acetaldehid, acroleïna, nitrosamines i metalls pesants) amb variacions importants entre els diferents models. Segons els darrers estudis, ara com ara, cap organisme alimentari ni sanitari no pot garantir el contingut real del líquid dels cartutxos reemplaçables. A més, aquests dispositius també poden contenir aromes no exemptes de toxicitat.

El darrer informe de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de juliol de 2014 indica que no hi ha evidència científica consistent per donar suport a l'ús terapèutic d'aquests productes. D'altra banda, l'OMS ha prohibit expressament als fabricants que anunciïn aquest producte com una forma de tractament del tabaquisme i recomana la regulació de l'ús d'aquests dispositius per evitar que els joves comencin a utilitzar-los.

Per tant, no es pot considerar les cigarretes electròniques com una possible ajuda per deixar de fumar i representen un risc per a la salut pública ja que usar-les pot suposar:

- Una porta d'entrada al consum de cigarrets i altres substàncies (per la possibilitat de manipular els cartutxos i amb això el seu contingut) entre els joves.
- Tornar a normalitzar el tabaquisme.
- Convertir els fumadors que havien deixat de fumar en consumidors de cigarretes electròniques, amb la qual cosa s'evita l'abstinència completa i s'exposa la persona a un tòxic nou i desconegut.

Punts clau i recomanacions generals:

1. No està demostrada la seva efectivitat i seguretat en el tractament dels fumadors, per la qual cosa no és recomanable aconsellar-ne l'ús per deixar de fumar.
2. Són necessaris més estudis per valorar-ne la seguretat a curt i llarg termini i l'eficàcia per ajudar la persona fumadora a deixar el tabac; però abans de fer aquests estudis se n'ha de garantir la independència i de forma fiable el contingut del líquid que es vaporitza en els dispositius esmentats.
3. S'ha de considerar les cigarretes electròniques com un producte de tabac i

com a tal que les regulin les mateixes lleis o lleis pròpies però en la mateixa línia, que informin dels perills per als infants, adolescents i embarassades, en limitin el consum i la publicitat, tal com està vigent en els productes del tabac.

4. S'hauria de fer un seguiment del seu consum en l'Enquesta nacional de salut, de la mateixa manera que els productes del tabac i altres addiccions.
5. En la línia del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, prohibir-ne el consum en determinats llocs públics tancats: centres educatius i sanitaris, en el transport públic i a les dependències de les administracions. S'hauria d'estendre aquesta prohibició a tots els llocs públics tancats, en els mateixos termes que els cigarrets tradicionals.

4.6. Tabaquisme passiu

El tabaquisme passiu és la inhalació dels components del fum del tabac per part de les persones no fumadores, sobretot en espais tancats. El fum del tabac pot provenir de la combustió del mateix cigarret o del fum que exhalen les persones fumadores.

La Llei 42/2010, de 30 de desembre, delimita tots els espais en què és prohibit fumar; evidentment en els espais d'ús públic en recintes tancats, però també en llocs a l'aire lliure com ara els parcs infantils o els recintes a l'aire lliure de centres escolars i edificis sanitaris.

Una de les tasques pendents de conscienciar entre la població fumadora és la disminució del tabaquisme passiu en l'àmbit familiar, sia dins el mateix habitatge o en el cotxe. En aquest sentit, és clau l'educació sanitària en l'època infantil sobre el tabaquisme passiu familiar. Tant el test de monòxid de carboni en aire exhalat com la cotinina urinària són dues proves que es poden utilitzar per valorar objectivament el tabaquisme passiu.

4.7. Tabac i cànnabis

A Espanya, l'ús del tabac està estretament associat amb l'ús d'altres substàncies, especialment l'alcohol i els derivats del cànnabis. Els resultats de l'enquesta ESTUDES 2012 mostren que el 60 % de la població escolar espanyola de 14-18 anys que declaren haver fumat tabac en els 12 mesos previs també indiquen haver consumit cànnabis, mentre que el 79,4 % dels que declaren haver consumit cànnabis en els 12 mesos previs també afirmen haver fumat tabac.

L'edat mitjana d'inici del consum de tabac és d'1 a 2 anys menor que la corresponent a l'inici de l'ús de derivats del cànnabis. La majoria dels adolescents que consumeixen derivats del cànnabis han experimentat abans amb el tabac, encara que hi ha també una minoria entre els quals el començament de l'ús de cànnabis és anterior a l'inici de l'ús de productes del tabac.

La nicotina és el principal compost psicoactiu present en la planta del tabac, responsable fonamental del desenvolupament de l'addicció al tabac i el tetrahidrocannabinol és el compost cannabinoides amb més capacitat psicoactiva i el que contribueix en gran manera a l'addicció al cànnabis. El policonsum de cànnabis i tabac podria produir efectes complementaris, antagònics o sinèrgics.

Tant la nicotina com el tetrahidrocannabinol produeixen accions farmacològiques complexes sobre el sistema nerviós central, l'aparell cardiovascular, respiratori, etc. S'ha descrit que l'ús simultani de tabac i cànnabis s'associa a una probabilitat més gran de trastorns associats a l'ús de cànnabis, problemes psicosocials i menor probabilitat d'abstinència a llarg termini al cànnabis que l'ús seqüencial separatament. El consum de tabac i cànnabis està associat amb la irritació de vies aèries, tos, augment d'esput, broncospasme, bronquitis, dispnea, faringitis i exacerbacions d'asma i fibrosi quística, així com amb el desenvolupament de criteris clínics de bronquitis crònica. Diversos autors conclouen que fumar de manera conjunta tabac i cànnabis du més problemes de salut que fumar només tabac. Hi ha evidències sobre l'associació entre consum elevat de cànnabis i un risc més gran d'aparició de símptomes psicòtics.

Hi ha evidència de l'efectivitat dels programes preventius en l'entorn escolar, especialment en el cas del consum de tabac, si s'adrecen a l'entrenament en habilitats socials, la interiorització de normes i la superació de la influència social, a més d'aportar coneixements específics.

La motivació per deixar de consumir tabac i cànnabis en joves és baixa. Tanmateix, sembla que l'èxit de l'aturada és més gran entre els joves que ho intenten que entre els adults. Segons diversos estudis, les estratègies d'aturada més efectives adreçades a joves són intervencions grupals que inclouen tècniques cognitives conductuals, aborden les influències socials i reforcen la motivació en vuit sessions aproximadament.

Com a principis generals del tractament del binomi tabac-cànnabis cal destacar la recomanació de tractament conjunt, bé simultani o seqüencial, amb l'objectiu a priori de l'abstinència completa d'ambdues substàncies, i el disseny de tractaments individualitzats que integrin altres trastorns possibles i aspectes socials que puguin contribuir al manteniment de la conducta de consum. El tractament psicològic seria la primera línia, en haver-hi assajos clínics que demostrin la seva efectivitat. Diferents metanàlisis conclouen que l'opció terapèutica més clara és una combinació d'entrevista motivacional, teràpia cognitiva conductual i teràpia d'incentiu amb reforç comunitari. Quant al tractament farmacològic, són necessaris estudis per poder recomanar fàrmacs efectius per a la deshabitució conjunta.

4.8. Tabac i pes

L'augment de pes és un dels temors més estesos entre la població que es planteja deixar de fumar.

Alguns estudis assenyalen que l'augment de pes té el punt àlgid als sis mesos d'haver deixat de fumar i que oscil·la entre els quatre i cinc quilos.

No totes les persones augmenten de pes, les més propenses són les dones i les persones menors de cinquanta-cinc anys i les que fumaven més de 15 cigarrets al dia.

L'augment de pes és a causa de diversos factors:

1. La desacceleració del metabolisme a causa de la supressió de la nicotina.
2. La desaparició de l'efecte anorexigen de la nicotina.
3. L'augment de la ingesta d'aliments per alleujar l'ansietat provocada per la falta de nicotina.
4. La continuació de l'automatisme "mà-boca" ingerint aliments en lloc de fumar.
5. La normalització dels sentits del gust i de l'olfacte en desaparèixer la nicotina excretada per aquests sentits, la qual cosa provoca un augment agradable cap als aliments.

Per intentar evitar aquest augment de pes és necessari informar la persona fumadora que es pot controlar l'augment. En primer lloc, controlant la ingesta calòrica, evitant espipellar i no alleujar la necessitat de fumar un cigarret amb aliments calòrics. Si s'escau, utilitzar fruites o aigua.

En segon lloc, és necessari augmentar l'activitat física per incrementar la despesa energètica i així alleugerir l'efecte desaccelerador del metabolisme.

En tercer lloc, el tractament més indicat en aquests casos seria el bupropió o la fluoxetina.

5. Guia ràpida

AJUDANT ELS PACIENTS A DEIXAR DE FUMAR: INTERVENCIÓ BREU PER A PROFESSIONALS SANITARIS

Com podem ajudar les persones fumadores: organigrama

Demandar a les persones fumadores sobre el consum de tabac en cada contacte o almenys una vegada l'any. Això augmenta les taxes d'abandonament. L'ús de cigarretes electròniques identifica persones exfumadores en risc de recaiguda. Cal documentar la condició de persona fumadora / etapa de motivació / càrrega de tabac per a tothom 1.

1. ASK (DEMANAR):

Heu fumat en els darrers 12 mesos?

No. Felicitau-la. Re-forçau el no consum. Se les ha de demanar sobre fumar durant alguns anys després de deixar -ho, encara que és estranya una recaiguda després de 5 anys d'abstinència.

Sí. Ha deixat de fumar en els darrers 12 mesos: felicitau-la. Demanau-li si necessita ajuda per a continuar abstinent. Oferiu-li contacte amb vós o recursos/ orientació si tenen cap dificultat (per deixar de fumar, consulta de tabaquisme o qualsevol altra).

Sí. Fumadora actual: història de tabaquisme, nre. de cigarrets al dia; any en què va començar a fumar, temps fins al 1r cigarret; malalties relacionades amb el tabac; intents previs d'abandonament i què va passar. Utilitzau preguntes que no jutgin, com ara "Com us sentiu respecte a si fumàssiu en aquest moment? "Expressant preocupació, interès i no crítica".

2. ASSESS (AVALUAR): MOTIVACIÓ PER A L'ABANDONAMENT

En una escala d'1-10, quantes persones estan interessades a intentar deixar de fumar?

US INTERESSA DEIXAR DE FUMAR?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO , no està llesta: ACONSELLAR (ADVISE): • Motivar, es pot influir amb la cooximetria ³ • Informau a la persona fumadora sobre els beneficis de deixar de fumar sense crítica ni confrontació. • Respectau la seva decisió. • Demanau-li sobre els perills de fumar i informau-la'n. • Pregunta: "Puc fer res per ajudar-vos a deixar de fumar?" o "Podeu imagnarvos • Oferir-li ajuda si canvia d'idea. ORGANITZAR (ARRANGE): • Seguiment: demanar-li si podrem tornar a parlar en la pròxima consulta			Sí , però encara no està segura: ACONSELLAR (ADVISE): • Concentrau-les en la seva ambivalència, ajudau-les a motivar-se. • Oferir ajuda en demanar-los: "Quines són les coses que us agraden del vostre hàbit de fumar i quines no?" "Heu intentat deixar de fumar abans?" "Com us va anar la darrera vegada?" "Què hauria de passar perquè la vostra puntuació de motivació augmentàs?" "Com puc ajudar-vos a augmentar la vostra confiança per deixar de fumar?" AJUDAR (ASSIST): • Explorau les barreres al cessament. • Oferiu-li ajuda per deixar de fumar. • Remeteu-la a les línies d'ajuda, consultes, grups o altres recursos que prefereixi. • Repartiu material d'ajuda escrit. ORGANITZAR (ARRANGE): • Seguiment en consulta o telefònic en 6 mesos o recordau demanar-li la pròxima vegada que la vegeu.			Sí , llesta per deixar de fumar: AJUDAR (ASSIST): • Proporcionau-li assistència en el desenvolupament d'un pla d'ajuda per a la persona fumadora, fixau una data per deixar (dia D). • Assessorau-la en farmacoteràpia per deixar de fumar: teràpia substitutiva amb nicotina (TSN) , vareniclina o bupropió quan estigui indicat. • Feis el seguiment segons sigui necessari: informau-la sobre l'abstinència i suggeriu-li estratègies d'afrontament. • Fomentau el suport social. • Ajudau-la en el tractament de les barreres com ara la por del fracàs, afrontar l'estrès, el guany de pes, la pressió social. • Donau-li consells nutricionals, dormir bé, evitar la cafeïna, l'alcohol...l'activitat física pot ajudar. • Els símptomes d'abstinència es produeixen sobretot les primeres 2setmanes i són menys després de 4-7 setmanes. ORGANITZAR (ARRANGE): • Seguiment consultes/telèfon. Inicialment per setmana, després mensualment però individual.			

5 A d'ajuda per deixar de fumar: ASK, ASSESS, ADVISE, ASSIST, ARRANGE

Beneficis de deixar-ho

- Si ho deixa abans dels 30 anys l'esperança de vida serà la mateixa que la de la resta que no ha fumad.
- **Embaràs:** el risc de baix pes en néixer del nadó, la mort fetal i la mort dels nadons en els primers 28 dies baixa a un nivell normal si deixa de fumar abans de l'embaràs o durant el primer trimestre.
- Augmenta la fertilitat.
- Dins les 72 hores la pressió arterial disminueix, descendeix la freqüència cardíaca, el risc d'un atac al cordisminueix, i el gust i l'olfacte es recuperen.
- A les dues setmanes milloren la funció pulmonar, la circulació, i és més fàcil caminar.
- Al cap d'un any milloren la falta d'alè i la fatiga, la tos i disminueix el risc de malaltia coronària, el qual es redueix a la meitat.
- Al cap de 5 anys el risc d'úlceres disminueix. El risc de càncer de bufeta, de ronyó, de boca, d'esòfag, de pàncrees i de coll disminueixen.
- Al cap de 5-15 anys el risc de patir una malaltia cerebrovascular i el risc de malaltia coronària es redueixen a la d'una persona no fumadora. El risc de càncer de pulmó és la meitat del d'una que fuma.
- L'ansietat i la depressió disminueixen. L'efecte dels tractaments antidepressius són iguals o superiors 4.

MEDICACIÓ

La medicació s'ha d'oferir a totes les persones adultes amb dependència a la nicotina si:

- Fumen més de 10 cigarrets al dia.
- Fumen dins la primera mitja hora quan es desperten perquè són particularment propenses a patir símptomes d'abstinència i se'ls ha d'oferir suport farmacològic una vegada que s'estableix una data d'abandonament.

La teràpia substitutiva amb nicotina (TSN)

L'efecte principal és reduir els símptomes d'abstinència i ajudar la persona a disminuir el desig de fumar. La majoria de les persones utilitzen dosis baixes durant un curt espai de temps. Però s'ha d'emprar una dosi que llevi els símptomes d'abstinència. La majoria de les persones necessiten una dosi completa durant 2-3 mesos, i després reduir gradualment alguns mesos. La TSN millora l'èxit si es comença 14 dies abans de la data d'abandonament.

Dosificació: es recomana la utilització combinada dos tipus de TSN: un pegat que dura un període de 24 o 16 hores i xiclet o altres formes orals de la TSN per a situacions d'ansietat durant el dia.

Pegats: Les formes de dosificació més comunes són 14 mg/24 hores o 10 mg/16 hores per a les persones fumadores moderades o 21 mg/24 hores-15 mg/16 hores o fumadors més dependents. Algunes persones en necessiten més d'un pegat per controlar els símptomes. Els possibles efectes secundaris: erupcions a la pell, al·lèrgies, insomni, malsons. Hi ha formes orals com ara els xiclets, inhaladors, comprimits, pastilles sublinguals per administrar cada 1-2 hores per a l'alleujament dels símptomes mentre s'està despert, ja que la nicotina s'absorbeix a través de la mucosa de la boca, però és important instruir a la persona perquè els usi amb compte. P. e. mastegar un parell de vegades el xiclet i després deixar-lo a la boca entre la geniva i la mucosa jugala. Els possibles efectes secundaris: dolor a la boca seca, dispèpsia, nàusees, mal de cap, mal de mandíbula. Depèn de la dosi i del mal ús.

Contraindicacions: embaràs (en alguns casos es permeten l'ús d'algunes formes de TSN, però és preferible deixar de fumar sense tractament farmacològic si és pos-

sible). L'ús en infants i adolescents menors de 18 anys no està aprovat a gaires països.

Vareniclina

La vareniclina és una agonista parcial dels receptors nicotínics. A més de bloquejar el receptor també l'estimula, reduint així els símptomes d'abstinència. En els assajos clínics, la vareniclina augmenta de dues a tres vegades les taxes d'abandonament comparat amb placebo.

Dosi: s'inicia una setmana abans de deixar de fumar amb 0,5 mg al dia durant 3 dies, 0,5 mg dues vegades al dia durant 4 dies i després 1 mg durant 12 setmanes. Entre la 1a i la 2a setmana es fa l'abandonament i s'ha d'aconsejar fer les preses sempre amb ingesta d'aliments o després d'haver-los ingerit.

Efectes secundaris: nàusees i mal de cap. No hi ha perill de convulsions. El risc d'efectes secundaris psiquiàtrics és el mateix que en la població general, mentre que el risc d'efectes secundaris cardiovasculars és menor si es compara amb altres medicaments per deixar de fumar. Contraindicacions: Pregnancy.⁵

Una altra medicació

Altres fàrmacs han demostrat que no són eficaços per deixar de fumar però no estan aprovats amb aquesta indicació. El cost d'aquests fàrmacs sovint és baix i s'ha de considerar si el cost és un factor que en limita l'ús:

La **nortriptilina** ha demostrat que és eficaç, però amb efectes secundaris que inclouen sedació, boca seca, marejos i el risc cardíac d'arritmia en persones amb malaltia coronària en limita l'ús. Per tant, hauria de ser un fàrmac de segona línia.⁶

La **cititina** té un mecanisme d'acció similar a la vareniclina: la unió al receptor nicotínic. S'ha usat per deixar de fumar en els països de l'est d'Europa i ha estat objecte d'in-

terès creixent a causa del baix cost. Els efectes secundaris inclouen epigastràlgia, sequedat de boca, dispèpsia i nàusees.⁷

Bupropió

Bupropió desenvolupat de forma original com un antidepressiu. Redueix la necessitat de fumar, així com els símptomes d'abstinència de la nicotina.

Dosi: dues vegades al dia començant amb un al dia durant una setmana i posteriorment dues a partir de la data d'abandonament; a continuació, s'ha de seguir amb 150 mg dues vegades al dia a partir de deixar de fumar de 7-12 setmanes.

Efectes secundaris: insomni, mal de cap, boca seca, marejos, ansietat, augment de la pressió arterial si es combina amb la TSN.

Contraindicacions: convulsions, embaràs, trastorns alimentaris i en persones que prenen inhibidors de la monoamina-oxidasa (IMAO). El risc d'efectes secundaris psiquiàtrics és el mateix si es compara amb altres fàrmacs per deixar de fumar.

REDUCCIÓ DE DANYS

Altres productes de nicotina s'han suggerit com a útils per reduir el dany del consum de cigarrets. Masticable de nicotina, el tabac de mastegar i les cigarretes electròniques són tots els mètodes que se suposa que són menys perjudicials que fumar. Tanmateix, recordau que encara tenen un risc per a les persones que els emprin. Els productes més nous, les cigarretes electròniques, s'han comercialitzat fortament amb afirmacions que ajuden a deixar de fumar. Els efectes positius i negatius encara no es coneixen completament. L'ús s'ha de limitar, per tant, a les persones fumadores que han intentat altres mètodes sense èxit i com a darrera alternativa.

Bibliografia

1. Supporting smoking cessation. <http://www.racgp.org.au>
2. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Helping Smokers Quit 2014. <http://www.london.nhs.uk>
4. Taylor, G. [et al.]. BMJ 2014;348:g1151.
5. Kotz, D. [et al.]. Lancet Respir Med 2015;3:761-8.
6. Hughes, J.R. [et al.]. Nicotine Tob Res 2005;7:491-9.
7. West, R. [et al.]. N Engl J Med 2011;365:1193-200.

CONSELLS PRÀCTICS

Són suggeriments per fer front al desig de fumar i la forma de reduir el risc de recaiguda. Els símptomes d'abstinència són més freqüents en els primers dies després de deixar de fumar; són un signe que el vostre cos s'està avesant a viure sense nicotina. Si utilitzau medicaments per ajudar-vos a deixar de fumar és possible reduir els símptomes d'abstinència de la nicotina, per la qual cosa, recordau prendre el medicament i també:

- Tractau el retard que actua sobre la necessitat de fumar.
- Respirau profundament.
- Beveu aigua, manteniu-la a la boca una mica més de temps per assaborir-la.
- Feis una altra cosa per tenir la ment distreta i no pensar a fumar. Fer una mica d'exercici és una bona alternativa.

S'han d'evitar els factors desencadenants i associats a fumar al principi de l'intent de deixar de fumar. Els desencadenants comuns són l'alcohol, el cafè i fumar amb amics. Recordau: només un cigarret us farà mal. Pensar "en puc fumar només un" és la manera amb què més persones tornen a fumar amb regularitat.

Autor original: Dr. Svein Hoegh Henrichsen Autor d'aquesta edició: Anders Østrem Contribucions de: Nick Zwar, Onno van Schayck, Noel Baxter, Stephen Brunton, Radost Asseanova, Catalina Panaitescu, Vidal Barchilón, Bruce Kirenga. Editors: Andy McEwen, Hilary Pinnock i Sian Williams. No s'han declarat conflictes d'interès. Finançat per IPCRG.

Aquest document és d'assessorament, d'ús general i no s'ha de considerar aplicable a un cas específic. Més informació: <http://www.theipcr.org/display/OurNetwork/Disclaimer++desktop+helpers+and+opinion+sheets>

Llicència Creative Commons Atribució-ShareAlike

L'IPCRG és una organització benèfica registrada (Carolina del Sud No 035 056) i una companyia limitada per garantia (Company No 256268). Adreça de comunicació: PO Box 11961, Westhill, AB32 9AE, Escòcia, Regne Unit.

Traducció al castellà: Lucía Gorreto López.

6. Annexos

Taula 4. Intervenció psicosocial: els objectius són que la persona fumadora conegui la seva addicció, hi modifiqui el seu comportament i desenvolupi habilitats per manejar l'abstinència.

- **Pensar en les dificultats** per deixar de fumar, sobretot les primeres setmanes, incloent els símptomes d'abstinència.
- Pensar i escriure les **raons** per deixar de fumar i també les raons per les quals es fuma.
- **Desautomatitzar** la conducta de fumar: durant uns dies registrar tots els cigarrets que es fumen, les circumstàncies en les quals es fumen, la importància que se'ls dóna i una possible manera d'afrontar aquestes circumstàncies sense cigarrets. Permet identificar situacions de risc de tornar a fumar.
- **Calcular els doblers** que es gasten en fumar i planejar utilitzar-los en una cosa que vingui de gust des de fa temps.
- **Fer que fumar li sigui una mica més difícil:** no fumar en alguns llocs on ho fa habitualment; canviar de marca de tabac; anar sense tabac i sense encenedor; no acceptar cigarrets de ningú.
- **Cercar suport** per deixar de fumar en l'entorn familiar, laboral i social.
- Ensenyar **tècniques de relaxació** senzilles i fer algun **exercici** suau.
- **Consells per al dia D:** pensar només en el dia concret («Avui no fumaré»); repassar freqüentment els motius per deixar de fumar; mastegar xiclet sense sucre; tenir alguna cosa a les mans (com ara un bolígraf); cuidar l'alimentació (eliminar durant els primers dies la ingesta de cafè i alcohol; beure suc natural; menjar verdures, fruita i pa integral; evitar la picada, sobretot la fruita seca i el dolç).
- Donar un **fullet-guia** amb aquests i altres consells pràctics. Podem descarregar-lo de <https://bit.ly/consejosparadejardefumar>

Taula 6. Tècniques de tractament psicològic per a l'addicció a la nicotina

A. FASE DE PREPARACIÓ	Abans del dia D
Llista de motius	La persona fumadora ha d'elaborar una llista de raons personals per deixar de fumar i una llista de raons per continuar fumant (balanç de decisió). És aconsellable que la repassi la nit abans del dia D i en cada moment de deler (craving).
Beneficis de deixar de fumar	Hem d'informar la persona dels beneficis de l'abandonament del tabac i dels perjudicis de continuar fumant.
Identificació d'idees errònies	Cal determinar, juntament amb la persona, les idees errònies entorn del procés d'abandonament del tabac, de la dependència física i psicològica. Proporcionar-li material escrit respecte de l'afrontament eficaç d'aquests problemes.
Autoregistres de consum per identificar estímuls associats	La persona fumadora ha de fer per escrit un autoregistre de consum en el qual registri, per cada cigarret consumit, l'hora del consum, el lloc en què es va fer, el grau d'apetència i l'activitat que feia. Elaborar conductes alternatives.
B. FASE D'ABANDONAMENT	Durant les primeres setmanes d'abstinència
Afrontament de la síndrome d'abstinència	Informar-la de la possible aparició de símptomes de la síndrome d'abstinència, ajudar-li a identificar-los posant èmfasi en la brevetat de la durada i el curs progressivament descendent. Remarcar-li els riscos d'una sola pipada esporàdica. Lliurar-li recomanacions per alleujar la síndrome d'abstinència.
Verbalització dels beneficis	És important que la persona fumadora verbalitzi els beneficis obtinguts fins al moment i reforçar-los: millora en l'activitat física, recuperació de l'alè i el gust, eliminació de l'olor de tabac a la roba, disminució de tos i sibilàncies nocturnes, etc.
C. FASE DE MANTENIMENT	Prevenició de recaigudes
Aprenentatge d'estratègies i habilitats d'autocontrol	Tècniques en resolució de problemes, control de l'estrès, eliminar estímuls associats.
Estratègies d'afrontament de situacions de risc	Es basen en l'entrenament en habilitats o capacitats per reconèixer, afrontar i superar situacions de risc i augmentar així l'autoeficàcia. Tècniques de distracció, d'escapada, habilitats socials i assertives i reestructuració cognitiva.

Adaptada de: Becoña, E.

Taula 7. Recomanacions per pal·liar la síndrome d'abstinència (assoleix el màxim durant la primera setmana, i després disminueix fins que desapareix)

SÍMPTOMES	RECOMANACIONS
Desig molt fort de fumar o deler	Saber que cedeix en pocs minuts i que amb el temps serà cada vegada menys intens i freqüent. Pensar en una altra cosa, recordar els motius pels quals es vol deixar de fumar. Respirar profundament tres vegades seguides o intentar altres tècniques de relaxació. Si és possible, allunyar-se de la situació que provoca la necessitat de fumar. Mastegar xiclet sense sucre o menjar alguna cosa baixa en calories.
Insomni	Evitar el cafè i les begudes amb cafeïna. Prendre infusions relaxants (til·la, poliol). Fer més exercici. Intentar tècniques de relaxació.
Cefalea	Dutxa tèbia o bany. Intentar tècniques de relaxació bàsiques.
Restrenyiment	Una dieta rica en fibra i beure molta d'aigua.
Dificultat de concentració	No exigir un alt rendiment durant 1 o 2 setmanes. Evitar les begudes alcohòliques.
Nerviosisme	Caminar, fer més exercici, un bany d'aigua tèbia, intentar tècniques de relaxació. Evitar el cafè i les begudes amb cafeïna.
Cansament	Augmentar les hores de son i descans.
Gana, ansietat pel menjar, picada	Beure molta d'aigua, infusions i sucres que no engreixin. Vigilar la ingesta de sucres refinats (pastisseria), greixos i altres aliments rics en calories. Fer exercici.

Taula 8. Ajuda intensiva. Protocol de 6-7 visites d'ajuda

VISITA, FASE I CALENDARI	CONTINGUTS
ABANS DEL DIA D 1 o 2 visites	- Completar la història del consum de tabac (edat d'inici, nombre i tipus de cigarrets consumits, intents previs, recaigudes). - Valorar els intents previs/ les recaigudes. - Explorar els motius i la dependència. - Reforçar la motivació. - Valorar i oferir fàrmacs. - Valorar l'entorn familiar, social i laboral, i cercar suport. - Pesar. - Fixar el dia D. - Recomanacions per disminuir la síndrome d'abstinència.
FASE D'EUFÒRIA 3-8 dies després del dia D	- Consells sobre com afrontar situacions difícils. - Valorar la síndrome d'abstinència. - Controlar els fàrmacs (compliment/efectes adversos). - Reforçar el suport de l'entorn familiar, social i laboral. - Facilitar la verbalització dels beneficis i de les dificultats de deixar de fumar. - Si hi ha recaiguda, valorar-ne les circumstàncies. - Informar sobre l'aparició d'un «dol».
FASE DE DOL 10-15 dies després de deixar-ho	- Valorar la presència de sensació de buidor, l'augment de gana i alteracions del son. - Disminució de la síndrome d'abstinència física. - Facilitar la verbalització dels beneficis i reforçar-los. - Controlar els fàrmacs (compliment/efectes adversos). - Reforçar el suport de l'entorn.
FASE DE NORMALITZACIÓ 15-30 dies després de deixar-ho	- Informar sobre la possible aparició d'una sensació de falsa seguretat. - Facilitar la verbalització dels beneficis i reforçar-los. - Controlar els fàrmacs (compliment/efectes adversos; canvi de pauta).
FASE DE CONSOLIDACIÓ 2-3 mesos després de deixar-ho	- Valorar les fantasies de control. Prevenir les recaigudes de tipus social. - Pesar. - Facilitar la verbalització dels beneficis a llarg termini i reforçar-los. - Canviar/suspendre la pauta de fàrmacs. - Felicitar.
SEGUIMENT A L'ANY DE LA PERSONA EXFUMADORA	- Felicitar. - Facilitar la verbalització dels beneficis a llarg termini i reforçar-los. - Prevenir les recaigudes de tipus social.

Adaptada de Ballvé (2000) sobre una proposta prèvia de Marín i González (1998).

Es proposa utilitzar el protocol de tres visites per a l'abordatge del tabaquisme en la consulta (figura 4).

Figura 4. Protocol de tres visites d'ajuda. Abordatge del tabaquisme en temps real utilitzant metodologia 1-15-30

VISITA 1

Dades d'identificació de la persona fumadora: _____

Quant fumau? _____ cigarrets/dia Edat d'inici: _____

Data d'abandonament: _____(dia D)

Motius per deixar de fumar
(Avantatges)

Motius per continuar fumant
(Dificultats)

Entorn: ☐ Familiar ☐ No fumador ☐ Fumador
☐ Laboral ☐ No fumador ☐ Fumador
☐ Social ☐ No fumador ☐ Fumador

Intents previs d'abandonament del tabac: _____vegades

Vàreu tenir recaigudes els primers dies? ☐ Sí ☐ No

Quant de temps (el màxim) vàreu estar sense fumar? _____

Quins mètodes vàreu utilitzar?

Per quins motius vàreu recaure?

Dependència nicotina: **Test de Fagerström breu**

Se suma la puntuació de les dues preguntes i el resultat es valora així: de 5 a 6 correspon a dependència alta; de 3 a 4, a dependència moderada, i de 0 a 2, a dependència baixa.

1. Quants cigarrets fumau cada dia?

- Més de 30 (3 punts)
- De 21 a 30 (2 punts)
- D'11 a 20 (1 punt)
- Deu o menys (0 punts)

2. Quant de temps passa entre que us aixecau i fumau el primer cigarret?

- Fins a 5 minuts (3 punts)
- De 6 a 30 minuts (2 punts)
- De 31 a 60 minuts (1 punt)
- Més de 60 minuts (0 punts)

Recomanar-li fer un registre previ dels cigarrets que fuma

[<https://bit.ly/consejosparadejardefumar>](https://bit.ly/consejosparadejardefumar)

Heu comunicat la decisió de deixar de fumar?

Possibles dificultats per deixar de fumar i alternatives triades?

Consells per fer més fàcil l'abandonament

[<https://bit.ly/consejosparadejardefumar>](https://bit.ly/consejosparadejardefumar)

Valoració de l'ús de la medicació

VISITES	als 15 dies	als 30 dies
Demandar-li pel consum de tabac. Felicitar-la si no fuma, i si hi ha hagut recaiguda, valorar-ne les circumstàncies		
Beneficis i dificultats de deixar de fumar		
Valorar la síndrome d'abstinència		
Control de la medicació		
Recomanació de l'abstinència total		
Necessita un seguiment més intensiu? Problemes residuals?		

Proposta de Gascó, P.; Camarrelles, F. (2011) basada en la Guia americana Fiore 2008. Disponible a: [<http://www.semanasinhumo.es/upload/file/Protocolo_3_visitas_ayuda_2013_DEF.pdf>](http://www.semanasinhumo.es/upload/file/Protocolo_3_visitas_ayuda_2013_DEF.pdf)

6.1. Recursos a Internet per a professionals i ciutadans, i noves tecnologies en consulta

6.1.1. Per a professionals

- www.sedet.es
- www.cnpt.es
- www.semfy.com/es/grupos_trabajo/tabaquismo
- www.separ.es/areas/tabaquismo
- www.academia.cat/cttabaquismo
(de l'SCATT: Societat Catalana d'Atenció i Tractament del Consum de Tabac)
- www.cdc.gov/tobacco
- www.treatobacco.net
- http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/situacions_de_risc/tabaquisme#terapiaperdeixardefumar
- http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/situacions_de_risc/tabaquisme-terapiaperdeixardefumar

6.1.2 Per a pacients

- www.historiesdexfumadors.cat

6.1.3 Per a professionals i pacients

- www.ash.org.uk
- www.tobaccofreekids.org (disponible en espanyol)
- www.tobacco.org
- App "S'acabó", al web de la SEDET

6.2. Interaccions del tabac amb fàrmacs

Estan ben descrites per a alguns fàrmacs, i poden ser farmacocinètiques o farmacodinàmiques. S'han de valorar individualment, segons cada fàrmac, la dosificació i la resposta de cada persona (metabolitzadors ràpids o lents) i prevenir-se principalment per als fàrmacs de marge terapèutic estret i pacients psiquiàtrics.

En alguns casos, cal considerar l'efecte inductor enzimàtic de diversos components del fum del tabac, principalment sobre el citocrom P450, isoenzims 1A2 i 2B6. Quan es produeix l'aturada brusca, en una setmana es reverteix l'activitat induïda de CYP1A2, amb el consegüent augment d'efecte i possible toxicitat, la qual cosa pot requerir ajustar la dosi, sobretot en grans fumadors.

- Substrats majors del CYP1A2: acenocumarol (encara que depèn més de CYP2C9), amitriptilina, cafeïna, clomipramina, clozapina, doxepina, duloxetina, estradiol, fluvoxamina, haloperidol, imipramina, mirtazapina, olanzapina

na, ondansetró, paracetamol, propranolol, rasagilina, ropinirole, teofil·lina, trifluoperazina, warfarina i alguns antiarítmics, antifúngics, antipalúdics, antineoplàstics, antiretrovirals, antihelmíntics i quinolones. Com a exemple significatiu, en el cas de clozapina i olanzapina, 7-12 cigarrets/dia provoquen la màxima inducció, i els fumadors necessiten un 50 % més de dosi diària.

- Substrats del CYP2B6: bupropió, clopidogrel, ciclofosfamida, efavirenz, ifosfamida, metadona, nevirapina.

La TSN no afecta l'activitat del CYP1A2.

La variació de l'efecte del fàrmac després de deixar de fumar es pot produir per altres causes, de vegades no ben definides. És el cas dels corticoides inhalats, les benzodiazepines, els betablocadors, els diürètics, heparina sc, insulina, opioides, que poden requerir més dosis en el cas de les persones fumadores.

En altres casos, fumar fa que s'incrementin els efectes secundaris dels fàrmacs o es produeixin carències, la qual cosa pot ser un motiu per suggerir a la persona que deixi de fumar: menor efecte de la vacuna de la grip, dèficits vitamínics, més risc d'infart per l'ús d'anticonceptius orals amb estrògens.

La inhalació de marihuana disminueix l'efecte de la clorpromazina i la teofil·lina. Es requereixen més estudis per saber l'efecte sobre altres fàrmacs.

Bibliografia

Capítol 1 a 3

BANEGAS, J.R.; Díez, L.; GONZÁLEZ, J. "La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España". *Med. Clin. (Barc.)* 2005;124:769-71.

BECOÑA, E. "El tractament psicològic de l'addicció a la nicotina". *Papers del Psicòleg*. 2003;85:48-69.

CAHILL, K.; STEVENS, S.; PERERA, R.; LANCASTER, T. "Intervenciones farmacológicas para el abandono del hábito de fumar: resumen y metanálisis de redes". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 5. Art.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329. [En línia]:

<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209405320&DocumentID=CD009329>

CAHILL, K.; STEAD, L.; LANCASTER, T. "Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 4. Art.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103. [En línia]: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209405320&DocumentID=CD006103>

CAMARELLES, F.; BARCHILÓN, V.; CLEMENTE, L. [et al.]. *Guia de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo* (semFYC), 2015

"Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España". Comitè Nacional per a la Prevenció del Tabaquisme (CNPT). *Med. Clin. (Barc.)*. 2013;140:272.e1-e12. - vol. 140 núm. 06. [En línia]: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-documento-consenso-atencion-clinica-al-tabaquismo-espa%C3%B1a-90193055>

CÓRDOBA, R.; CAMARELLES, F. [et al.]. "Recomendaciones sobre el estilo de vida". Grupos de expertos del PAPPS. *A. Primària*. 2014;46(Supl. 4):16-23.

FIGORE, M.C. [et al.]. "A Clinical Practice guideline for treating tobacco utilizi and dependence: 2008 update". A US Public health Service Report *Am J Prev Med*. 2008;35(2). [En línia]: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf

FIGORE, M.C.; BAKER, T.B. "Clinical practice. Treating smokers in the health care setting". *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.

GASCÓ, P.; CAMARELLES, F. "Abordaje del tabaquismo en tiempo real (metodología 1-15-30)". *AMF*. 2011; 7(7):402-10.

JIMÉNEZ, C.A.; RUIZ, J.; GRANDA, A. [et al.]. Combinación de fármacos para el tratamiento del tabaquismo. *Rev. Patol Respir*. 2014; 17(3): 87-89. [En línia]: http://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/pr_17-3_87-89.pdf.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. "Motivational Interviewing, Preparing People for Change". 2a ed. Guilford Press; 2008

PROCHASKA, J.; DICLEMENTE, C. "Stages and process of self-change of esmòquing: towards an integrative model of change". *J Clin Psychol* 1983; 3:390-5.

--"Estades and processes of self-change of esmòquing: towards an integrative approach". *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5

RAMOS [et al.]. "Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial". *BMC Public Health* 2010, 10:89)

ROLLNICK, S.; BUTLER, C.C.; MCCAMBRIDGE, J. [et al.]. "Consultations about changing behaviour". *BMJ* 2005; 331; 961-963.

STEAD, L.; PERERA, R. [et al.]. "Nicotine replacement therapy for smoking cessation". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;(1):CD000146.

Capítol 4

4.1. Embaràs i lactància

ASSOCIACIÓ ESPANYOLA DE PEDIATRIA, COMITÈ DE LACTÀNCIA MATERNA.

BERTRAND, P. "Efectos clínicos de la exposición directa e indirecta a tabaco en los niños". *Neumol Pediat*. 2011; 8-11.

LAMYA, S.; LAQUEILLES, X.; THIBAUT, F. "Consecuencias potenciales el consumo de tabaco, cannabis y cocaína por mujeres embarazadas en el embarazo, neonatal e infantil : revisión de la literatura. Consecuencias del tabaco, cocaína y cannabis. Durante el embarazo, en el embarazo en sí mismo, en el recién nacido y en el desarrollo infantil: Una revisión". *L'Encéphale* (2015) 41, S13—S20. [En línia]: www.sciencedirect.com

NICOTINE REPLACEMENT THERAPY (NRT) AND BREASTFEEDING. BREASTFEEDING NETWORK. Març 2009

OLANO, E.; MATILLA, B.; TURÓ, M. [et al.] "Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Grup de treball "Tabac i Dona", Societat Espanyola d'Especialistes en Tabaquisme (SEDET). Traducció i adaptació del programa educatiu del col·legi americà d'obstetrícia i ginecologia (ACOG), amb el suport de la Fundació Robert Wood Johnson.

PRIM, E.; RODRÍGUEZ, G.; SAMPER, M.P. [et al.] "Socio-cultural, obstetric and anthropometric characteristics of newborn children of mothers who smoke in Spain". *Anales de Pediatría* (Barcelona, 2003) [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Apr 16]; 76(1):4-9. [En línia]: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2186242>

SMOKING AND BREASTFEEDING. BREASTFEEDING NETWORK. Març 2009

4.2. Adolescents

Intervencions conductuals com a complement a la farmacoteràpia per a l'abandonament de l'hàbit de fumar (Revision Cochrane traduïda). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 12. Art.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670

Programes familiars per a la prevenció de l'hàbit de fumar en al·lots i adolescents (Revision Cochrane traduïda). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 2. Art.: CD004493. DOI: 10.1002/14651858.CD004493

ROSEN, J.; SOCKRIDER, M. "Management of smoking cessation in adolescents". UpToDate: apr. 2016.

VILLALBI, J.R. "Consumo de drogas por los adolescentes y opciones de intervención". FMC. 2013; 20(10):573-9

4.3. Pacients crònics

IORE, M.C.; JAÉN, C.R.; BAKER, T.B. [et al.]. "Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update". Clinical Practice Guideline. Rockville, MD:U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008.

HABER, S.L.; BOOMERSHINE, V.; RANEY, E. "Safety of varenicline in patients with cardiovascular disease". *Journal of Pharmacy Practice*. 2014; Vol. 27(1):65-70.

HUGHES, J.R.; STEAD, L.F.; LANCASTER, T. "Antidepressivos para el abandono del hábito de fumar". (Revisió Cochrane traduïda). A: Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Consulta: 06/04/10]. [En línia]: <http://www.update-software.com>

MOLYNEUX, A. "ABC of smoking cessation". Nicotine Replacement Therapy. BMJ. 2004; 328:454-6.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. "Smoking cessation Services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women, and hard to reach communities". NICE Public Health Guidance 10; 2008.

PROCHASKA, J.; HILTON, J.F. "Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and metaanalysis". BMJ. 2012; 344:e2856. Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

SOBIERAJ, D.M.; WHITE, W.B. BAKER, W.L. "Cardiovascular effects of pharmacologic therapies for smoking cessation". J Am Soc Hypertens. 2013 January; 7(1):61-7.

4.3.2. Pacient amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

CRISTOBAL, M.I.; MAYAYO, A.; CICERO A. [et al.]. "Intervención Psicológica en el abandono del tabaquismo". A: *Manual de Tabaquismo*. SEPAR, 2012.

HILBERINK, S.R.; JACOBS, J.E.; BOTTEMA, B.J. [et al.]. "Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six months' results". Prev Med. 2005; 41(5-6):822-7.

HOOGENDOORN, M.; FEENSTRA, T.L.; HOOGENVEEN, R.T.; RUTTEN-VAN MÖLKEN, M.P. "Long term effectiveness and costeffectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD". Thorax. 2010; 65:711-8.

JIMÉNEZ, C.A.; RAMOS, A.; CICERO, A.; MAYAYO, M. [et al.]. "Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications". Nicotine Tob Res. 2012; 14(9):1035-9.

MORRIS, J.F.; FERMESA, W. "Spirometric "lung age" estimation for motivating smoking cessation". Prev Med. 1985; 14:655-62.

MURRAY, R.P.; BAILEY, W.C.; DANIELS, K. [et al.]. "Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study". Chest. 1996;109(2):438-45.

PARKES, G.; GREENHALGH, T.; GRIFFIN, M.; DENT, R. "Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age". The Step2quit randomised controlled trial BMJ. 2008(3); 598-600.

TASHKIN, D.P.; MURRAY, R.P. "Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary Disease". Respiratory Medicine. 2009; 103:963-74.

TASHKIN, D.; KANNER, R.; BAILEY, W. [et al.] "Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial". Lancet. 2001; 357(9268):1571-5.

TASHKIN, D.; RENNARD, S.; HAYS, J.T. [et al.]. "Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial". Chest. 2011; 139(3):591-9.

TØNNESEN, P. "Smoking Cessation and COPD". Eur Respir Rev. 2013; 22:127:37-43.

TØNNESEN, P.; MIKKELSEN, K. "Smoking cessation with four nicotine replacement regimens in a lung clinic". Eur Respir J. 2000; 16(4):717-22.

TØNNESEN, P.; MIKKELSEN, K.; BREMANN L. "Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support". Chest. 2006; 130(2):334-42.

STRASSMAN, R.; BAUSCH, B.; SPAAR, A. [et al.]. "Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials". Eur Respir J. 2009; 34:634-40.

SUNDBLAD, B.M.; LARSSON, K.; NATHELL, L. "High rate of smoking abstinence in COPD patients: Smoking cessation by hospitalization". NicotineTob Res. 2008; 10(5):883-90.

WAGENA, E.J.; KNIPSCHILD, P.G.; HUIBERS, M.J. [et al.]. "Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease". Arch Intern Med. 2005; 165(19):2286-92.

4.3.3. Gent gran

Vareniclina. Vegeu fitxa tècnica amb especificacions de cada cas. Agència Europea de Medicaments (EMA).

Bupropió. Vegeu fitxa tècnica amb especificacions de cada cas. Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS).

4.3.4. Altres comorbiditats freqüents

García, M. "Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales". A: RAMOS, A., MAYAYO M.L. *Manual Separ de Procedimientos 13. Abordaje del tabaquismo*. Barcelona, SEPAR. 2007; 59–69.

Vareniclina. Vegeu fitxa tècnica amb especificacions de cada cas. Agència Europea de Medicaments (EMA).

Bupropió. Vegeu fitxa tècnica amb especificacions de cada cas. Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS).

4.4. Pacients psiquiàtrics

4.4.1. Malalties psiquiàtriques

MINICHINO, A.; SAVERIO, F.; CALÒ, W.K. [et al.], "Smoking behaviour and mental health disorders. Mutual influences and implications for therapy". *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2013; (10):4790–811.

4.4.2. Depressió i trastorn d'ansietat

ANTHENELLI, R.M.; MORRIS, C.; RAMEY, T.S. [et al.]. "Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial". *Ann Intern Med*. 2013; 159(6):390–400.

GIERISCH, J.M.; BASTIAN, L.A.; CALHOUN, P.S. [et al.]. "Comparative effectiveness of smoking cessation treatments for patients with depression: a systematic review and meta-analysis of the evidence". Washington. Department of Veterans Affairs. 2010.

GLASSMAN, A.H. "Smoking cessation and the course of major depression: a follow up study". *Lancet*. 2001;357:1929–32.33.

4.4.4. Trastorn bipolar

ANTHENELLI, R.M. "Treating patients with bipolar disorder and COPD or asthma". *Suppl to Curr Psych*. 2005;4:34–2.

EVINS, A.E.; CATHER, C.; PRATT, S.A. [et al.]. "Maintenance Treatment With Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial". *JAMA*. 2014 January 8; 311(2):145–54.

GERSHON, R.B.; HWANG, S.; HAN, J. [et al.]. "Short-term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokers with substance abuse and/or mental illness". J Clin Psychiatry. 2007; 68:892-8.

HEFFNER, J.L.; STRAWN, J.R.; DEL BELLO, M.P. [et al.]. "The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations". Bipolar Disord. 2011; 13:439-53.

HIRSCHFELD, R.M.; CALABRESE, J.R.; WEISSMAN, M.M. [et al.]. "Screening for bipolar disorder in the community". J Clin Psychiatry. 2003; 64:53-9.

4.4.5 Esquizofrènia

EVINS, A.E.; CATHER, C.; PRATT, S.A. [et al.]. "Maintenance Treatment With Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial". JAMA. 2014 January 8; 311(2):145-54.

KISHI, T.; IWATA, N. "Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis". Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2014. Oct-5. DOI 10.1007/s00406-014- 0551-3.

Capítol 5

5.3. Interaccions del tabac amb fàrmacs

ANDERSON, G.D.; CHAN, L.N. "Pharmacokinetic Drug Interactions with Tobacco, Cannabinoids and Smoking Cessation Products". Clin Pharmacokinet 2016; doi: 10.1007/540262-016-0400-9

FANKHAUSER, M.P.; ELLINGROD, V.L. "Drug interactions with tobacco smoke: Implications for patient care". Current psychiatry. 2013; 12 juny [consulta: 20 maig 2016]. [En línia]: <http://www.currentpsychiatry.com/print-friendly/drug-interactions-with-tobacco-smoke-implications-for-patient-care/9b4ab30a346354acba4c71e57185fff4.html?type=98>

LUCAS, C.; MARTIN, J. "Smoking and drug interactions". Aust Prescr 2013; 36:102-4