

www.gencat.cat/ics

Detecció i tractament del consum del tabac

Guies de pràctica clínica



Institut Català
de la Salut

**Detecció i tractament del
consum del tabac**

Guies de pràctica clínica



Institut Català
de la Salut

Detecció i tractament del consum del tabac

Guies de pràctica clínica i material docent

Coordinadors de la Guia:

Carmen Cabezas Peña, metgessa de família. Subdirecció General de Promoció de la Salut. Departament de Salut

Carlos Martín Cantera, metge de família. Equip d'Atenció Primària Passeig de Sant Joan. Barcelona

Autors:

Josep Lluís Ballvé Moreno, metge de família. Equip d'Atenció Primària Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat

Jordi Bladé Creixent, metge de família. Equip d'Atenció Primària Jaume I. Tarragona

Margarida Borràs i Martorell, metgessa de família. Equip d'Atenció Primària Les Borges del Camp.

Sílvia Granollers Mercader, diplomada en infermeria. Equip d'Atenció Primària Sant Just de Sant Just Desvern

Concepció Morera Jordán, metgessa de família. Responsable de l'Àrea d'Avaluació. Serveis d'Atenció Primària. Àmbit Territorial Girona

Antoni Serra Abella, diplomada en infermeria. ABS Penedès rural. Vilafranca del Penedès. Barcelona

Elvira Zarza Carretero, coordinadora de processos d'infermeria. SAP de l'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Direcció del projecte Guies de pràctica clínica:

Eva Comín Bertrán

Coordinació:

Arantxa Catalán Ramos

Suport:

Rosa Dehesa Camps

M. Carmen Giménez Caraballo

Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament.

Direcció Adjunta d'Afers Assistencials

Generalitat de Catalunya

© Institut Català de la Salut

Edició: Institut Català de la Salut

Coordinació editorial:

M. Teresa Ciuraneta Murgarella

Gabinet Tècnic i de Comunicació

Coordinació lingüística

Georgia Bascompta Marsal

Gabinet Tècnic i de Comunicació

Primera edició: abril de 2009

Índex

Presentació	7
Resum de recomanacions	9
1. Introducció	11
2. Definició del problema	13
3. Detecció / identificació del consum de tabac	17
4. Diagnòstic de fumador	18
5. Intervenció d'ajuda	22
6. Intervenció intensiva	28
7. Tractament farmacològic	35
Bibliografia	46
Annexos:	
Annex 1. Com ajudar a decidir-se i motivar	51
Annex 2. Registre de consum	52
Annex 3. Consells per controlar el pes	55
Annex 4. Tècnica per mesurar el monòxid de carboni en aire espirat	56
Annex 5. Procés d'elaboració i difusió de la guia de pràctica clínica	58

Presentació

L'Institut Català de la Salut es complau a presentar una nova Guia de Pràctica Clínica que ve a sumar-se a la ja àmplia sèrie de documents de suport a la tasca assistencial dels professionals, impulsats i generats per la nostra Institució.

En aquesta ocasió es tracta de la *Guia per a la detecció i tractament del consum de tabac*

Aquest document aporta una revisió acurada del coneixement científic actualment disponible sobre aquest tema, i el tradueix en recomanacions per a la pràctica diària. Pel seu contingut docent, la Guia constitueix també un valuós document per facilitar l'adquisició de competències clíniques que ha de caracteritzar el desenvolupament dels professionals de l'Institut Català de la Salut.

L'Institut Català de la Salut vol potenciar un abordatge transversal dels problemes de salut més prevalents, desplegant un procés de continuïtat assistencial on els facultatius i els infermers i les infermeres dels diferents nivells assistencials juguen un paper fonamental.

La *Guia per a la detecció i tractament del consum de tabac* contribuirà sens dubte al desplegament d'aquest procés de continuïtat assistencial que l'Institut Català de la Salut ha establert com a línia prioritària de treball.

La capacitat tècnica i científica dels seus autors i revisors, el rigor metodològic amb què ha estat elaborada, i les revisions dutes a terme per les societats científiques catalanes, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques i la Fundació Institut Català de Farmacologia, avalen la qualitat d'aquesta Guia.

Us preguem que reviseu i considereu aquest document a l'hora de prendre les vostres decisions assistencials, recordant però que les guies, malgrat el seu paper de suport i d'ajut al professional, no poden donar resposta a totes les situacions complexes que es produeixen a la consulta, on és el professional qui ha d'individualitzar i decidir en funció de les característiques, preferències i valors de cada pacient.

A tots els qui han treballat per fer-la possible, volem donar-los les gràcies per la seva contribució a millorar la qualitat de l'assistència sanitària que s'ofereix en els nostres centres i a donar el millor servei al ciutadà.

Enric Argelagués Vidal

Director gerent

Montserrat Figuerola Batista

Adjunta a Direcció Gerència d'Afers Assistencials.

Nivells d'evidència científica i grau de les recomanacions utilitzades *

Nivell	Tipus d'evidència científica (EC)
1++	Metaanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics controlats aleatoris (ACC) o de ACC amb un risc molt baix de tenir biaixos, de gran qualitat.
1+	Metaanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics controlats aleatoris (ACC) o de ACC amb un baix risc de tenir biaixos, ben realitzats.
1-	Metaanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics controlats aleatoris (ACC) o de ACC amb un alt risc de tenir biaixos.
2++	Revisions sistemàtiques de gran qualitat d'estudis de cohorts o cas-control Estudis de cohorts o cas-control de gran qualitat amb risc molt baix de tenir biaixos per factors de confusió o atzar i amb altes probabilitats de que la relació sigui causal
2+	Estudis de cohorts o cas-control ben realitzats amb baix risc de tenir biaixos per factors de confusió o atzar i amb moderades probabilitats de que la relació sigui causal
2-	Estudis de cohorts o cas-control amb alt risc de tenir biaixos per factors de confusió o atzar i un risc significatiu de que la relació no sigui causal
3	Estudis no analítics (estudis descriptius no experimentals ben dissenyats, series de casos...)
4	Opinions d'experts

Grau	Recomanació
A (Nivells d'EC 1++, 1+)	Requereix almenys un metaanàlisi, revisió sistemàtica o assaig clínic controlat aleatori classificat com a 1++ i que sigui aplicable a la població diana o una revisió sistemàtica d'ACC o una evidència basada en estudis classificats com a 1+, aplicables a la població diana que mostrin una consistència global en els resultats.
B (Nivells d'EC 2++, 1++, 1+)	Requereix disposar d'estudis classificats com a 2++ aplicables a la població diana i que mostrin una consistència global en els resultats o extrapolacions de la evidència de estudis classificats com 1++ o 1+.
C (Nivells d'EC 2+, 2++)	Requereix disposar d'evidència obtinguda d'estudis classificats com a 2+ aplicables a la població diana i que mostrin una consistència global en els resultats o evidència extrapolada d'estudis classificats com a 2++
D (Nivells d'EC 3, 4, 2+)	Nivell d'evidència 3 o 4; o evidència extrapolada d'estudis classificats com a 2+

* *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Methodology Review Group. Report on the review of the method of grading guideline recommendations. Edinburgh; SIGN: 1999.*

Resum de recomanacions

Recomanacions per la detecció del consum del tabac

A	La forma de detecció del consum de tabac és l'anamnesi, es a dir, preguntar a cada pacient si fuma
D	S'aconsella preguntar a tota persona a partir de 10 anys que ve a la consulta si ha provat el tabac o és fumador/a actiu
A	Cal registrar la declaració de consum/ no consum de tabac i la data de l'anamnesi?: Es recomana incloure la informació en les dades bàsiques (pressió arterial, freqüència cardíaca, pes, talla i consum de tabac: fumador amb nombre de cigarrets/paquets any, no fumador o exfumador
A	La utilització de sistemes de identificació així com l'ús de recordatoris sistemàtics sobre l'estat del consum de tabac i de les activitats realitzades són essencials per mantenir una intervenció constant i adaptada a cada pacient
A	El diagnòstic de fumador inclou: <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de motivació (Test de Richmond) • Valoració de dependència (Test de Fagerström) • Identificació de la fase del procés de canvi
A	Per estudiar la motivació per deixar de fumar es important tenir present: L'interès del fumador per deixar-ho, amb la pregunta "Voleu deixar de fumar?". El nombre d'intents previs, per deixar-ho. Com més intents més motivació
A	Per estudiar la dependència es important preguntar: <ul style="list-style-type: none"> • Quant temps passa des de que es lleveu fins que fumeu la primera cigarreta? • Quantes cigarretes fumeu cada dia?
A	Es recomana valorar la dependència i motivació per tal d'adaptar intervencions efectives
A	Es recomana la identificació de la fase del procés de canvi per adaptar les intervencions.

Recomanacions per al tractament no farmacològic del consum de tabac

C	Es recomana l'ús de l' <i>Entrevista Motivacional</i> com a model per fer avenços en el procés de canvi
A	El consell sanitari ha de tenir les característiques següents: <ul style="list-style-type: none"> • Ser senzill, breu i personalitzat • Tenir en compte: circumstàncies clíniques, antecedents familiars, interessos personals i rol social del pacient a més de la seva disposició per deixar el tabac
D	La intervenció intensiva inclou 2 visites de preparació (abans del dia D) i 4 visites de seguiment (després del dia D)
D	Durant aquest procés és clau: <ul style="list-style-type: none"> • Transmetre idees positives clares i concretes • El període de màxima dificultat és PASSATGER • Cal aprendre a viure sense fumar • Deixar de fumar és una de les coses més importants que una persona pot fer per a si mateixa i per als que l'envolten • L'abstinència al tabac cal plantejar-se-la DIA A DIA En definitiva, la idea central és: <ul style="list-style-type: none"> • Deixar de fumar és possible i cal treballar-hi per aconseguir-ho

Recomanacions pel tractament farmacològic del consum de tabac

A	Els fàrmacs en el tractament del tabaquisme son una ajuda a la intervenció. Han d'utilitzar-se en persones amb un grau de dependència mitjà-alt que decideixen deixar de fumar
A	Es consideren tractaments de primera elecció els substituïts de nicotina i el bupropió

Recomanacions per a grups d'especial risc que cal detectar i on intervenir

<ul style="list-style-type: none"> Menors d'edat, fumadors passius 	
A	En les visites pediàtriques, cal fer l'anamnesi sobre el consum de tabac de l'entorn habitual dels nens (en tots els cuidadors habituals) i lloc on es produeix (casa, cotxe...) i donar la informació dels efectes del tabac en la salut dels nens.
B	La intervenció dels clínics en les consultes pediàtriques, per a la detecció i l'advertiment als pares a fi i efecte de limitar l'exposició secundària al tabac es útil.
<ul style="list-style-type: none"> Prevençió en nens i adolescents 	
D	<p>Els equips pediàtrics poden ajudar a evitar el tabaquisme en els pares i cuidadors i fer prevenció en nens i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar un estil de vida saludable basat en una dieta equilibrada i sobretot en la pràctica de l'exercici físic • Informar dels efectes negatius del tabaquisme i reforçar les eines per dir "no" • Informar infants i adolescents dels compostos químics que conté el fum • En els adolescents cal enfocar l'educació sanitària i la motivació al canvi emfasitzant els punts següents: estètic, saludable, ecològic, solidaritat, llibertat, lideratge... • Donar suport als programes de prevenció i control del tabaquisme en els centres escolars i en els ambients extraescolars on es mouen els joves.
<ul style="list-style-type: none"> Dones embarassades 	
A	El consell i la informació dels efectes indesitjables del tabac per al fetus és efectiu si s'aplica a les dones embarassades.
A	A les embarassades fumadores se'ls ha d'oferir suport especialitzat per deixar el consum.
<ul style="list-style-type: none"> Persones afectades de patologia crònica relacionada amb el tabac 	
A	En aquestes persones s'ha d'aconsellar deixar de fumar i informar de la relació entre l'hàbit del tabac amb la progressió de la malaltia. Aquest consell s'hauria de recolzar amb la determinació de proves objectives (test de funció pulmonar...).
<ul style="list-style-type: none"> Grups socioeconòmics més desfavorits 	
A	L'evidència internacional demostra que les iniciatives per a la cessació del consum de tabac han tingut menys èxit entre els grups socioeconòmics més desfavorits
<ul style="list-style-type: none"> Fumadors que tenen alguna malaltia de salut mental o drogodependència 	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Els fumadors amb problemes de salut mental o drogodependència haurien de ser enviats a l'especialista per al seu tractament • Les intervencions d'ajuda que s'han mostrat eficaces en fumadors amb problemes de salut mental inclouen tractament farmacològic i consell sanitari

1. Introducció

1.1. Justificació de la Guia

Les patologies relacionades amb el consum de tabac són un dels motius més importants en la consulta habitual en l'àmbit sanitari, en general, i en l'atenció primària, en particular.

El tabaquisme és considerat actualment el primer problema de salut pública prevenible en els països desenvolupats. Es pot afirmar, sens dubte, que el tabac és la primera causa de mort prematura i de malaltia prevenible al nostre país.

La magnitud que suposa aquest problema de salut al nostre país ha estat estudiada recentment¹ indicant l'impacte tant en la mortalitat que genera, 54.233 morts en 2001, com en la mortalitat prematura, el 25% de morts abans dels 65 anys. Aquestes xifres suposen el 27,1% de totes les morts produïdes en homes i el 2,9% en les dones. Dos terços són morts per quatre causes: càncer de pulmó (28,8%), malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (20%), cardiopatia isquèmica (12,4%) i malaltia cerebrovascular (8,9%).

A partir de la publicació de l'informe de l'*United States Surgeon General* dels Estats Units (1988)² es va establir que el tabac és una substància que genera dependència, a causa del seu contingut en nicotina, que produeix alteracions fisiològiques i psicològiques de dependència similars a altres substàncies (alcohol, heroïna, cocaïna, etc.). La dependència al tabac està reconeguda com un trastorn mental i del comportament a la classificació internacional de malalties de la OMC (ICD-10).

Els beneficis per la salut que es produeixen al deixar de fumar estan científicament establerts³, i els seus efectes són importants i immediats (millora del perfil lipídic i de l'activitat plaquetària) o a mitjà termini (disminució del risc cardiovascular, millora de la funció pulmonar i del risc cancerigen) a qualsevol edat i en persones amb o sense símptomes relacionats amb el consum del tabac.

Tot i que l'abordatge de la problemàtica del tabac a nivell poblacional inclou estratègies com reduir el consum, evitar noves incorporacions de fumadors nous, augmentar les cessacions dels fumadors, aquest darrer és l'àmbit en què els professionals de l'atenció primària poden tenir un paper més actiu, atès que actualment l'evidència científica existent mostra una eficàcia i efectivitat d'un conjunt d'intervencions pel tractament del tabaquisme tant en la prevenció primària com en la secundària, incloses en aquesta Guia⁴.

1.2. Objectius de la Guia de practica clínica

L'objectiu general d'aquesta Guia és:

Facilitar la detecció i tractament del consum del tabac a l'atenció primària, amb l'abordatge individual a la consulta del professional sanitari, dirigit tant a la població general fumadora com a alguns grups d'especial risc, atesa l'accessibilitat d'aquests professionals a la població general i la possibilitat d'establir estratègies oportunistes d'abordatge.

Els usuaris diana de la Guia són els professionals sanitaris d'atenció primària

Els objectius específics són:

- 1) Augmentar el nombre de població amb detecció i diagnòstic de consum de tabac a la consulta.
- 2) Augmentar el nombre d'intervencions d'ajuda a la cessació al tabac, tant amb entrevista informativa, motivacional i utilitzant les eines farmacològiques i les no farmacològiques.
- 3) Augmentar i millorar les habilitats dels professionals d'atenció primària en la prevenció, el diagnòstic, tractament i seguiment dels fumadors.
- 4) Actualitzar els coneixements dels professionals sobre el tractament farmacològic i no com farmacològic en els pacients amb consum de tabac, implementant aquells

tractaments en els quals l'evidència científica ha demostrat disminució de la morbimortalitat.

- 5) Establir criteris de seguiment i derivació en aquesta patologia
- 6) Reduir, amb la aplicació de la Guia, la morbimortalitat de pacients amb consum de tabac

1.3. Població a qui va dirigida aquesta Guia

Aquesta Guia es dirigeix a l'atenció de la població general atesa pels professionals d'atenció primària a les seves consultes habituals, per donar recomanacions a no fumadors i fer diagnòstic, tractament i seguiment als fumadors.

També fa referència explícita al maneig de pacients de grups d'especial risc: fumadors passius menors d'edat, nens i adolescents, dones embarassades, persones afectades de patologia crònica relacionada amb el consum de tabac, pacients posthospitalitzats, grups socioeconòmics més desfavorits i fumadors que tenen alguna malaltia de salut mental o drogodependències.

El contingut de la Guia i les seves intervencions ha estat aplicada prèviament per professionals d'atenció primària en un estudi multidisciplinar i interterritorial d'àmbit estatal finançat pel FIS, estudi ISTAPS. Per incloure la visió dels usuaris, els seus valors i les seves preferències, es van valorar els resultats de diferents grups focals de fumadors del mateix estudi.

Aquesta Guia no aborda l'atenció específica del tabaquisme dels mateixos professionals sanitaris ni les intervencions grupals o comunitàries que es consideren que queden fora de la consulta habitual. No s'han fet recomanacions exhaustives per als fumadors passius adults, per considerar-les fora de l'àmbit d'aquestes consultes.

2. Definició del problema

Fumador és qualsevol persona que ha consumit diàriament durant el darrer mes qualsevol quantitat de cigarretes, fins i tot una cigarreta es considera consum⁵. En la pràctica habitual, i en el context de la majoria de protocols clínics, fumador és la persona que respon afirmativament a la pregunta *Fumeu?*^{6,7}

Fumador és, doncs, qualsevol persona que diu que fuma, sigui quina sigui la quantitat. I això és així, perquè no hi ha cap nivell ni tipus de consum que sigui segur. Fumar una cigarreta implica absorbir substàncies tòxiques i irritants que són un risc per a la salut. El risc associat està amb relació al nombre de cigarretes (cig.) fumades i el temps que es porti fumant.

No fumador és l'individu que mai no ha fumat cigarretes al menys durant un mes de forma diària.

Exfumador és l'individu que essent prèviament fumador es manté almenys 12 mesos sense fumar.

Fumador passiu es considera a tota persona no fumadora exposada de manera mantinguda al fum del tabac.

Segons l'OMS, el tabac produeix 4,9 milions de morts a l'any al món. 13.500 al dia. Mundialment es considera que el 47,5% dels homes i 10,3% de les dones fumen i que la meitat dels nens estan exposats al fum a casa seva⁸.

A Espanya, l'any 2003, la proporció de persones que havien fumat diàriament en els últims 30 dies era d'un 36,7% (42% homes i 31,3 % dones)⁹. L'edat d'inici se situa als 13,2 anys segons l'enquesta estatal sobre ús de drogues en l'ensenyament secundari¹⁰.

A Catalunya, a partir dels resultats de la primera onada de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de 2006 fets públics amb ocasió del Dia Mundial Sense Tabac (31 de maig de 2006), fuma un 27,9% de les persones de més de 15 anys (23,6% diàriament i un 4,3% de forma ocasional), és destacable que és la primera vegada que és constata un descens de consum en dones. També es pot veure una disminució en els joves, tant homes com dones¹¹.

Pel que fa al consum de tabac entre els col·lectius exemplars, en els metges, entre els anys 1982 i 2002, s'ha produït una reducció dels nivells de consum de tabac de 28,3 punts, passant del 52,8% al 24,5%. A l'any 2002 s'ha valorat la prevalença de tabaquisme per especialitats: els cardiòlegs i pneumòlegs són els menys fumadors, mentre que els psiquiatres i tocoginecòlegs registren la major prevalença de fumadors, juntament amb els cirurgians. En els farmacèutics, entre els anys 1990 i 2002, la prevalença de l'hàbit tabàquic s'ha reduït 11,9 punts i ha assolit el 20,4% l'any 2002. En el col·lectiu d'infermeria s'observa una reducció de la prevalença de tabaquisme de 7,3 punts, passant de 42,4% el 1986 al 35,1% el 2002, i es manté com el col·lectiu amb una proporció més alta de fumador, tot i la seva evolució positiva en els darrers anys¹². En el grup professional de docents d'educació primària i secundària, la tendència ha estat força positiva i el tabaquisme, que l'any 1982 era del 45,7%, ha disminuït fins al 29,8% l'any 2002 (-15,9 punts)¹².

L'edat mitjana d'inici del consum del tabac és de 13,2 anys, segons l'enquesta estatal sobre l'ús de drogues en ensenyaments secundaris. Pel que fa a la prevalença del consum en els darrers 30 dies entre estudiants espanyols entre 14 i 18 anys és d'un 37,4%, el consum diari en els últims 30 dies es situa en el 21% (18,9% dels homes i 24,1% de les dones) i quant al consum alguna vegada a la vida es manté estable en el 60,4%.

A Catalunya, en els grups joves (15-24 anys) l'edat d'inici va ser de 15,8 anys (DE 1,9), amb un 99% de les persones l'edat d'inici va estar entre els 10,1 i els 21,5 anys⁹.

2.1. Factors implicats en l'adquisició i consolidació de l'hàbit de fumar

El tabaquisme és una malaltia crònica tractable de forma efectiva, amb recaigudes freqüents que reflecteixen la naturalesa pròpia de la dependència i no el fracàs del pacient ni del professional.

Segons Casas (1996)¹³ els factors implicats en l'adquisició de la conducta de fumar són: factors individuals, factors de l'entorn personal (microsocial) i factors de l'entorn social (macrosocial).

Els factors implicats en l'**adquisició i consolidació** es presenten a continuació (taula 1)

Taula 1. Factors implicats en l'adquisició

Factors individuals	<ul style="list-style-type: none"> • Edat: etapa vulnerable en el període de transició entre l'ensenyament primari i secundari • Actitud positiva cap a les conductes de risc • Baix rendiment escolar • Extraversió i neuroticisme • Dèficit d'habilitats socials • Baix nivell d'autocontrol • Actitud respecte al tabac • Anticipació de la maduresa
Entorn personal	<ul style="list-style-type: none"> • Consum de tabac per part dels pares, germans i amics • Actitud dels pares cap al consum dels seus fills
Entorn social	<ul style="list-style-type: none"> • Influència de la publicitat • Disponibilitat de tabac • Nivell socioeconòmic

En l'estudi de Díaz (1998)¹⁴ en els fumadors habituals la percepció del consum de la mare és la variable més predictiva, seguida del consum per part dels germans.

La influència més gran quant a l'entorn personal dels adolescents es rep dels germans grans i amics. Pel que fa a les actituds dels pares cap al consum de tabac dels seus fills, és una variable que pot tenir efectes en un sentit o en un altre (de vegades una actitud no permissiva pot ser utilitzada pels adolescents que volen independitzar-se o rebel·lar-se com un motiu d'afirmació personal) però en general, aquest tipus d'actitud no permissiva, tendeix a reduir el nombre de fumadors¹³.

Taula 2. Factors implicats a la consolidació

Factors psico-farmacològics	<ul style="list-style-type: none"> • El reforç nicotínic
Factors individuals	<ul style="list-style-type: none"> • Infravaloració de les conseqüències negatives del consum de tabac • Utilització del tabac com a eina "psicològica" • L'adquisició d'un estil de vida no saludable
Factors familiars i socials	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptació per part de la família de l'estat de fumador i estar en un ambient de fumadors

2.2. Rellevància del problema i evidència de la intervenció

El consum de tabac constitueix la primera causa de **pèrdua de salut i de mort prematura i evitable** en els països desenvolupats¹⁵.

És un important **factor de risc** de gran nombre de malalties: cardiovasculars, pulmonars, i està implicat en nombrosos càncers. El consum de tabac durant la gestació produeix un retard del creixement fetal i incrementa el risc de complicacions durant l'embaràs¹⁶

Pel que fa a l'**exposició ambiental al fum de tabac (FAT)**, formada pel fum exhalat pel fumador (corrent principal) més el fum emès per la cigarreta en combustió (corrent secundari), és una barreja de més de 4.000 substàncies entre les quals hi ha tòxics, irritants i carcinògens.

Nombrosos estudis han demostrat que estar exposat al FAT augmenta el risc de malalties cardiovasculars, respiratòries, síndrome de la mort sobtada, baix pes en néixer i altres problemes per a la salut, a més d'haver estat classificat com a carcinogen per l'Agència Internacional d'Investigació del Càncer (2002)¹⁷.

En els adults és un carcinogen pulmonar, a més de tenir efectes significatius sobre l'aparell respiratori i cardiovascular del no fumador¹⁷. En els infants es troba associat a un risc elevat d'infeccions respiratòries baixes, trastorns de les proves funcionals respiratòries, asma, bronquitis i pneumònia¹⁹. Segons un estudi, basat en dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona, més del 60% dels no fumadors estan exposats al FAT a casa o a la feina, les dones són les més exposades a casa i els homes els més exposats en l'àmbit laboral²⁰.

El consum de tabac té **repercussions socials i econòmiques** considerables, tant pel que fa a la mortalitat produïda com per la pèrdua de dies de treball, així com per l'increment de l'atenció sanitària per tractar les malalties relacionades amb el tabac. A Catalunya la estimació de cost atribuïble al hàbit tabàquic és de 457 milions € a l'any 1995²¹.

D'altra banda, mitjançant intervencions del personal sanitari, es pot aconseguir una reducció de la seva prevalença (taula 3).

Taula 3. Eficàcia de diferents intervencions en el tractament del tabaquisme davant la no intervenció o placebo

Intervenció	Eficàcia OR (IC 95%)
Manuais d'autoajuda:	
• Materials no personalitzats	1,24 (1,07-1,24)
• Materials personalitzats	1,80 (1,46-2,23)
Intervenció mínima	
• Consell mèdic	1,69 (1,45-1,98)
• Consell infermeria	1,50 (1,29-1,73)
• Consell telefònic per persona ensinistrada	1,56 (1,38-1,77)
Intervencions psicològiques intensives	
• Teràpia individual	1,62 (1,35-1,94) *
• Teràpia grupal	2,19 (1,42-3,37)
• Teràpia aversiva	1,98 (1,36-2,90)
Intervencions farmacològiques:	
• Xiclets nicotina	1,66 (1,52-1,81)
• Pegats nicotina	1,74 (1,57-1,93)
• Esprai nicotina**	2,27 (1,61-3,20)**
• Inhalador nicotina**	2,08 (1,43-3,04)**
• Comprimet per llepar nicotina	1,73 (1,07-2,80)
• Bupropió	2,75 (1,98-3,81)
• Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
Nota: La vareniclina no esta inclosa en aquesta revisió	

*El consell individual tindrà major eficàcia depenent del temps de contacte: OR= 3,2 per a 91-300 minuts; OR= 2,8 per a més de 300 minuts. Així com també el nombre de sessions realitzades: OR= 1,9 per a 4-8 sessions; OR= 2,3 per a mes de 8 sessions

**Presentacions no comercialitzades

Font: *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003*⁷⁴

Per últim, és important senyalar els beneficis de l'abandonament del tabac a curt i a llarg termini, tal i com els senyala a la taula 4.

Taula 4. Beneficis de deixar de fumar^{22, 23, 24, 25,26}

- Vint minuts després de la darrera cigarreta baixa la pressió arterial fins a normalitzar-se, la freqüència cardíaca torna a valors normals, la temperatura de les mans i peus augmenta fins a normalitzar-se. Passades 8 hores després de fumar, el nivell de CO en sang disminueix fins a nivells normals i el d'oxigen també es normalitza. Després de 24 hores el risc de mort sobtada disminueix. Diversos mesos després de deixar de fumar augmenten els nivells de HDL colesterol la qual cosa s'associa a una disminució de la progressió de l'aterosclerosi. Després de 3-5 anys d'abstinència el risc d'atac cardíac de l'exfumador és similar al dels individus que mai no han fumat. Però en els homes només fan falta 1-2 anys d'abandonament perquè el risc es redueixi a la meitat.
- Una vegada passades 48 hores es restauen els terminacions nervioses del gust i de l'olfacte i millora la capacitat d'olorar i assaborir.
- A les 72 hores es relaxa la musculatura bronquial, el que fa més fàcil la respiració, augmenta la capacitat pulmonar, disminueix la tos, la congestió pulmonar, la sensació de dispnea i augmenta la sensació de benestar. Després d'1-3 mesos, hi ha un augment de la capacitat respiratòria d'un 30%. Entre 1 i 9 mesos després de deixar de fumar, rebrollen els cilis, millora la capacitat per eliminar el moc, drenen els bronquis i disminueix el risc d'infeccions.
- Els beneficis s'han observat tant per a l'ictus isquèmic com per a l'hemorràgia cerebral, observant-se una equiparació del risc al del no fumador cap als 10 anys d'haver-ho deixat, encara que als 2-4 anys la reducció del risc ja és molt significativa.
- La leucoplàsia oral millora en deixar de fumar. Simplement una reducció del 50% en el nombre de cigarretes durant un període de 3 mesos suposa una regressió de les lesions i una desaparició total en el 6% dels casos de leucoplàsia.
- L'estomatitis per nicotina millora i desapareix poques setmanes després del total abandonament del tabac. En deixar de fumar millora en bona mesura la sagnia, l'atròfia gingival i la malaltia periodontal. També es redueix la taxa d'incidència de pèrdues dentàries. Així mateix s'ha observat una clara millora de l'halitosi i de la tinció dental a les poques setmanes d'abandonar el tabac.
- Si s'abandona el tabac precoçment (abans dels 35 anys) pot reduir-se també el risc d'arrugues facials en individus d'ètnia caucàsica. La mitjana de dies de llit per malaltia és de 6,5 dies per persona i any en els no fumadors i de 8 dies en fumadors. La taxa d'hospitalització és del 14,9% en no fumadors i del 19% en fumadors. Els no fumadors freqüenten un 33% menys el metge de capçalera que els fumadors. Deixar de fumar redueix la utilització de serveis sanitaris.
- Les persones que aconsegueixen deixar de fumar abans dels 50 anys tenen la meitat de risc de morir en els següents 15 anys que els que continuen fumant. També els que deixen de fumar als 60 o més anys tenen beneficis però en aquest cas són menors.
- El risc de càncer de pulmó es redueix en els exfumadors en al voltant d'un 45% després de 6-10 anys d'abstinència. Passats 15 anys el risc es redueix en un 85%.

3. Detecció/identificació del consum de tabac

La forma de detecció del consum de tabac és l'anamnesi, es a dir, preguntar a cada pacient si fuma. ^A

S'aconsella preguntar a tota persona a partir de 10 anys que ve a la consulta si ha provat el tabac o es fumador/a passiu/va. ^D

El tabaquisme s'ha d'identificar i documentar de manera sistemàtica **en tot pacient** i a **cada oportunitat o visita** (per professionals de medicina de família, infermeria, auxiliars d'infermeria, treball social, odontologia, pediatria, atenció a la salut sexual i reproductiva) i **en tot tipus de visita**: programada, cita prèvia o espontània.

L'**anamnesi** consisteix en fer la pregunta: *Fumeu?* (Figura 1).

Si la resposta és **afirmativa**, s'identifica el pacient com a **fumador** i es valora el seu consum de tabac (nombre de cigarretes/dia) i la motivació per deixar de fumar (*Voleu deixar de fumar?*, *Quan?*). Segons la resposta a aquestes dues preguntes el fumador se situa en una de les fases següents del procés de canvi de Prochaska i Di Clemente:

- **fase de precontemplació**: no vol deixar de fumar
- **fase de contemplació**: deixarà de fumar en els propers sis mesos
- **fase de preparació**: deixarà de fumar en el proper mes
- **fase de recaiguda**: havia deixat de fumar però ha tornat a fumar

Si la resposta és **negativa**, cal especificar la qüestió amb una altra pregunta: *Heu fumat alguna vegada?* Segons la resposta, s'identifica la persona com a no fumadora o exfumadora o en quina fase del procés es troba:

- **no fumador**: és l'individu que mai no ha fumat cigarretes almenys durant un mes de forma diària.
- **exfumador**: ha deixat de fumar fa més d'un any
- **fase d'acció**: ha deixat de fumar fa menys de 6 mesos
- **fase de manteniment**: ha deixat de fumar fa més de 6 mesos i menys d'un any

Cal repetir l'anamnesi sobre el consum de tabac, com a mínim, una vegada cada 2 anys fins als 10 anys de no consum. ^D

No és necessari repetir l'anamnesi als **No fumadors majors de 25 anys**, ja que les probabilitats que iniciïn el consum de tabac són baixes

Dels exfumadors és recomanable saber si són recents (menys d'un any) o mes d'un any, atesa la possibilitat de recaigudes. Dels exfumadors recents, n'és aconsellable la supervisió²⁷ i registrar la data del dia escollit per deixar de fumar (dia D). És recomanable seguir preguntant cada 2 anys als exfumadors.²⁸

Documentar

Cal **registrar la resposta** i la **data** en què s'identifica. S'ha de enregistrar a la **història clínica** per facilitar les anamnesis successives: en el full de monitoratge o en problemes de salut.

Es recomana incloure aquesta informació en les dades bàsiques (pressió arterial, freqüència cardíaca, pes, talla i consum de tabac: fumador amb nombre de cigarretes/dia i paquets/any, no fumador o exfumador) ^A

La utilització de sistemes d'identificació i de recordatoris sistemàtics sobre l'estat del consum de tabac i de les activitats realitzades són essencials per mantenir una intervenció constant i adaptada a cada pacient ^A

La identificació del consum multiplica per 3,1 la probabilitat d'intervenció dels professionals de primària i duplica les taxes de cessació.²⁹

4. Diagnòstic de fumador

El diagnòstic de fumador inclou:

- Valoració de motivació
- Valoració de dependència
- Identificació de la fase del procés de canvi

4.1. Valoració de la motivació

Per estudiar la motivació per deixar de fumar és important tenir present:

- L' **interès del fumador** per deixar-ho, amb la pregunta *Voleu deixar de fumar?*
- El **nombre d'intents previs**, per deixar-ho. Com més intents més motivació hi ha.

Uns altres aspectes importants són els que Richmond va incloure en el qüestionari següent (Taula 5).

Taula 5. Test de Richmond

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Us agradaria deixar de fumar si poguéssiu fer-ho fàcilment?</i> (0 no ; 1 sí)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Amb quant d'interès voleu deixar-ho?</i> (De 0 en absolut; fins a 3 molt seriosament)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Intentareu deixar de fumar completament dins de les pròximes 2 setmanes?</i> (De 0 definitivament no; fins a 3 definitivament sí)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quina és la possibilitat que dins de 6 mesos sigueu un no fumador?</i> (De 0 definitivament no; fins a 3 definitivament sí)

El rang possible (obtingut amb la suma de les respostes a les 4 preguntes) és de 0 a 10. 7 o més punts suggereixen una motivació alta. ^A³⁰

4.2. Valoració de la dependència

El qüestionari de tolerància de Fagerström és el més utilitzat. Va ser dissenyat l'any 1978 però hi ha una versió de 1991 del qüestionari més simplificada (Taula 6) que ha estat utilitzada en nombrosos estudis i situacions clíniques ^A²⁹

Taula 6. Test de Fagerström per a la dependència a la nicotina (1991)

Preguntes	Respostes	Punts
<ul style="list-style-type: none"> Quant de temps passa des que us lleveu fins que fumeu la primera cigarreta? 	<ul style="list-style-type: none"> Menys de 5 minuts Entre 6 i 30 minuts entre 31 i 60 minuts més de 60 minuts 	3 2 1 0
<ul style="list-style-type: none"> <i>Quant de temps passa des que us lleveu fins que fumeu la primera cigarreta?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Menys de 5 minuts Entre 6 i 30 minuts entre 31 i 60 minuts més de 60 minuts 	3 2 1 0
<ul style="list-style-type: none"> <i>Trobeu difícil no fumar en llocs on està prohibit com una biblioteca o el cinema?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Sí No 	1 0
<ul style="list-style-type: none"> <i>Quina cigarreta us desagrada més deixar de fumar?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> La primera del matí Qualsevol altra 	1 0
<ul style="list-style-type: none"> <i>Quantes cigarretes fumeu cada dia?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> 10 o menys 11-20 21-30 31 o més 	0 1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <i>Fumeu amb més freqüència durant les primeres hores després de llevar-vos que durant la resta del dia?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Sí No 	1 0
<ul style="list-style-type: none"> <i>Fumeu encara que esteu tan malalt que heu de ser al llit la major part del dia?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Sí No 	1 0

La puntuació és:

- De 10 a 7: Dependència alta
- De 6 a 5: Dependència moderada
- De 4 a 0: Dependència baixa

Font: *Heatheton*, 1991³¹

En el context de limitació de temps de les consultes d'atenció primària es recomana emprar una versió breu del mateix qüestionari:

- *Quant de temps passa des que us lleveu fins que fumeu la primera cigarreta?*
 - Menys de 5 minuts: 3 punts
 - De 5 minuts a 30 minuts: 2 punts
 - De 31 minuts a 60 minuts: 1 punt
- *Quantes cigarretes fumeu cada dia?*
 - Més de 30: 3 punts
 - De 21 a 30: 2 punts
 - D'11 a 20: 1 punt

La puntuació és:

- De 5 a 6: Dependència alta
- De 3 a 4: Dependència moderada
- De 0 a 2: Dependència baixa

Les persones amb dependència moderada i alta són les que es beneficiaran més de l'ajut farmacològic per deixar de fumar.³²

Es recomana valorar la dependència i motivació per tal d'adaptar intervencions efectives A

4.3. Identificació de la fase del procés de canvi

Habitualment el procés per deixar de fumar demana un cert temps, amb una mitjana de tres o quatre intents previs fins aconseguir-ho definitivament. Entre els models teòrics que expliquen el canvi d'actitud i conducta, s'utilitza el model transteòric de les etapes del canvi (Prochaska i Di Clemente, 1983)³³, que ens permet classificar el fumador en diferents estadis:

- **Precontemplació.** L'actitud de la persona que fuma és consonant amb el seu comportament; fuma habitualment, té un cert grau de dependència i pensa que fumar no és un problema. Es poden identificar quatre tipus de preprevisors:
 - **Resistent:** no considera el canvi per falta de coneixement o per inèrcia
 - **Rebel:** mostra un cert grau d'hostilitat i resistència al canvi, intenta argumentar la qüestió fent preguntes
 - **Resignat:** ha perdut la confiança, "és massa tard"
 - **Racionalitzador:** desenvolupa moltes raons per demostrar que per a ell el tabac no és un problema
- **Contemplació.** La actitud va canviant, comença a pensar que hauria d'intentar deixar el tabac, però encara no ho intenta. Es produeix una dissonància entre la conducta (se segueix fumant) i l'actitud (desitjaria deixar de fumar). Tot això també es coneix com l'etapa de fumador dissonant.
- **Preparació.** Comença a fer plans específics per deixar de fumar el mes que ve, decidint com i quan farà un intent.

- **Acció.** Es produeix un canvi de comportament, fa algun intent d'abandonar el tabac. Normalment aquesta etapa es perllonga en el temps amb cicles de cessació i recaiguda.
- **Manteniment.** Si la cessació es manté més de 6 mesos i es consolida l'abstinència.
- **Recaiguda.** La persona torna a fumar. El 75% de les recaigudes es produeixen als primers 6 mesos. Després d'un any poden trobar-se recaigudes en un terç de les persones. Després dels 2 anys la probabilitat de recaigudes és menor al 4%⁷.

Es recomana la identificació de la fase del procés de canvi per adaptar les intervencions. 

4.4. Marcadors del consum de tabac

A la consulta habitual no és necessari validar la declaració de les persones que afirmen haver deixat el consum, atès que la declaració verbal acostuma a ser certa.

Dins el context d'una investigació clínica, és important validar la declaració d'una persona que afirma haver deixat de fumar: Per això es disposa de diversos marcadors, entre els quals destaquen el monòxid de carboni a l'aire exhalat i la cotinina a l'orina o la saliva³⁴.

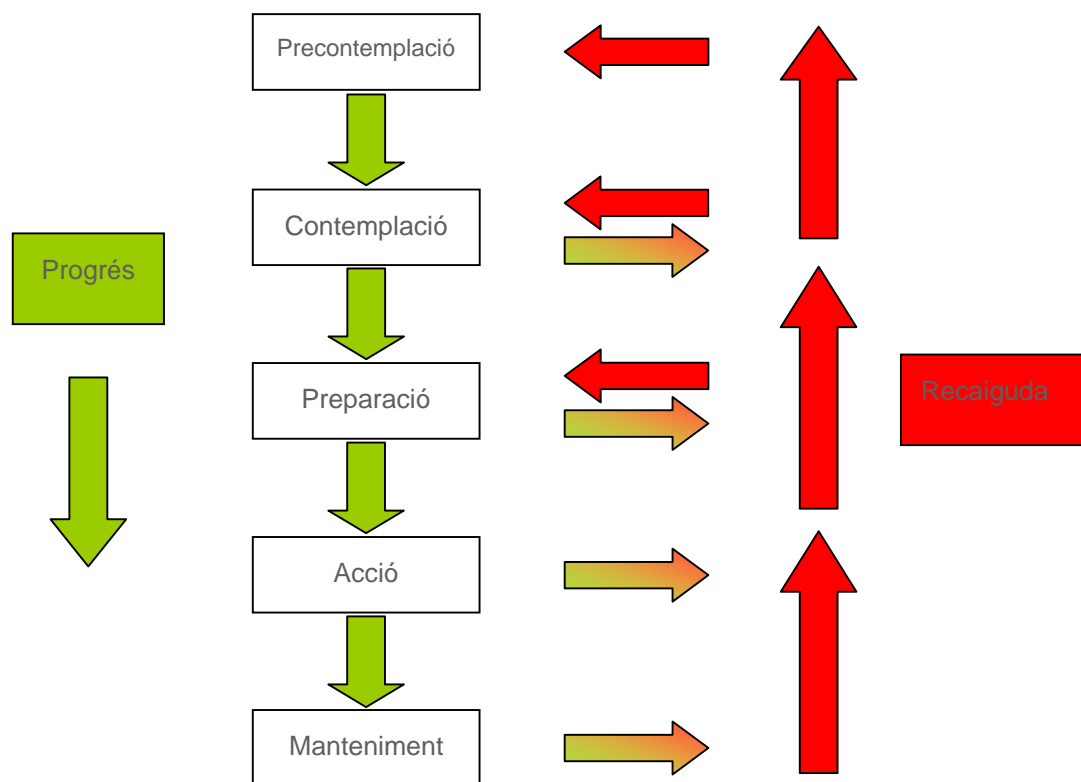
El punt de tall per al monòxid de carboni a l'aire exhalat és de 10 parts per milió (10 ppm). Cal tenir en compte que la detecció del CO es relaciona amb el consum de les darreres hores, per tant a les primeres hores del matí es poden trobar xifres més baixes. La mesura de monòxid de l'aire exhalat és utilitzat com a mitjà de reforç positiu a l'hora de deixar de fumar, ja que durant els primers dies es produeix una normalització dels valors obtinguts²⁸. A l'Annex 4 s'explica la tècnica de mesura del CO.

La mesura de CO en aire exhalat es fa servir per donar un reforç positiu a les persones ja que les ajuda durant els primers dies d'un intent.

5. Intervenció d'ajuda

L'objectiu de les intervencions a l'atenció primària és aconseguir avenços en el procés del canvi.

Figura 2. Fases del procés del canvi



Des de 1979 s'utilitzen en atenció primària intervencions de **consell sanitari breu** amb xifres d'un 5% a un 10% d'èxits l'any ^{35 36}. El consell ha de tenir les característiques següents:

- Ser senzill, breu i personalitzat.
- Cal tenir en compte: circumstàncies clíniques, antecedents familiars, interessos personals i rol social del pacient a més de seva disposició per deixar el tabac.

L'acrònim de les **"5 R"** recull els punts claus per treballar a les consultes:

- **Rellevància:** Animar el pacient a deixar el tabac amb motius que siguin rellevants per a ell (patologia, nens a casa...).
- **Riscos:** Sol·licitar al pacient que identifiqui els riscos que per a ell té seguir fumant.
 - Riscos a curt termini: menys capacitat pulmonar, efectes sobre l'embaràs, etc.
 - Riscos a llarg termini: malalties relacionades amb el tabac.
 - Riscos ambientals: efectes sobre el fumador passiu.
- **Recompenses:** Demanar al pacient que expressi els beneficis potencials que tindria per a ell deixar el tabac: millores físiques, psicològiques, estètiques, estalvi...
- **Resistències:** Sol·licitar al pacient que identifiqui les seves barreres per deixar el tabac: por d'un augment de pes, de la síndrome d'abstinència, del fracàs...
- **Repeticions:** Reforçar amb missatges motivadors a cada oportunitat que hi hagi.

El pacient és més receptiu en moments concrets com durant una exploració física o quan es prescriu una medicació.

L'entrevista motivacional. És un model d'entrevista, que permet als professionals d'atenció primària l'aplicació d'una sèrie d'habilitats comunicacionals centrades en l'experiència del pacient amb un clima d'empatia, tolerància i cooperació mútua, respectant sempre les últimes decisions del consultant. Per tant, haurien d'aconseguir decisions que surtin del pacient encara que siguin estimulats per el professional. Un altre concepte important és que ningú començarà un canvi sinó creu que pot assolir-lo, és la percepció d'autoeficiència.

L'entrevista motivacional és especialment útil si la persona es troba en l'etapa d'ambivalència. Pot incrementar un 10% els avenços en el procés de canvi en comparació amb el consell sanitari breu ³⁷.

El professional quan utilitza el model d'entrevista motivacional ha de tenir en compte les qüestions següents:

- Posar-se en el lloc de l'altre (**empatia**).
- Mantenir una actitud **d'escolta reflexiva**.
- Fer **preguntes obertes**.

Estimular que el pacient **verbalitzi** les **seves motivacions i dificultats**:

Us fa res que parlem del tabac?

Quina sensació teniu quan esteu fumant?

Estimular el sentit **d'autoeficàcia**, identificant èxits anteriors o canvis de conducta previs en altres àmbits de la vida.

El professional ha d'evitar:

- **La trampa de l'expert:** El professional fa un paper d'expert actiu i el pacient respon passivament i amb poques possibilitats de donar arguments propis motivadors.
- **L'enfrontament:** el pacient es posa a la defensiva, per refermar la seva llibertat i es convenç a si mateix en escoltar els seus arguments. Contràriament s'ha de donar als fumadors **l'oportunitat d'analitzar per ells mateixos l'ambivalència**, la discrepància entre allò que fan i els seus objectius personals, és a dir entre fumar i el seu desig de deixar-ho.

Per utilitzar el procés del canvi en les consultes habituals és útil aplicar un concepte que s'hi relaciona: la disponibilitat o preparació per canviar, entesa com un continuum, entre la situació de la persona no preparada fins que si que ho està, passant per la situació intermèdia d'inseguretat

No preparat insegur preparat

Que la persona se situï en un altre punt depèn de la importància que tingui per a ella en aquell moment deixar de fumar i la confiança que tingui en què podrà aconseguir-ho³⁸.

Preguntes d'importància:

- *Actualment, quina importància té per a vós deixar de fumar? En aquesta escala del 0 al 10, on 0 és gens important i 10 molt important, marqueu on penseu que sou.*

0-----X-----10

- *Per què us heu donat una puntuació d'X i no d'1?*
- *Que hauria de succeir perquè la puntuació passés d'X a 9?*
- *Què us agrada de fumar?*
- *Què us desagrada de fumar?*
- *Quina és la vostra preocupació més gran de deixar de fumar?*

Preguntes de confiança:

- *Si decidiu deixar de fumar en aquest moment, quina confiança teniu d'assolir-ho? En una escala des del 0 al 10 (0 no tenir cap confiança i 10 tenir molta confiança) marqueu on diríeu que sou.*

0-----X-----10

- *Per què heu donat una puntuació d'X i no d'1?*
- *Què hauria de succeir perquè la vostra puntuació passés d'X a 9?*
- *Com puc ajudar-vos a aconseguir que la vostra puntuació passi d'X a 8 o 9?*

Centrar-se en la puntuació més baixa, d'importància o confiança.

Si les dues són molt baixes, cal reduir les expectatives del que es pot aconseguir.


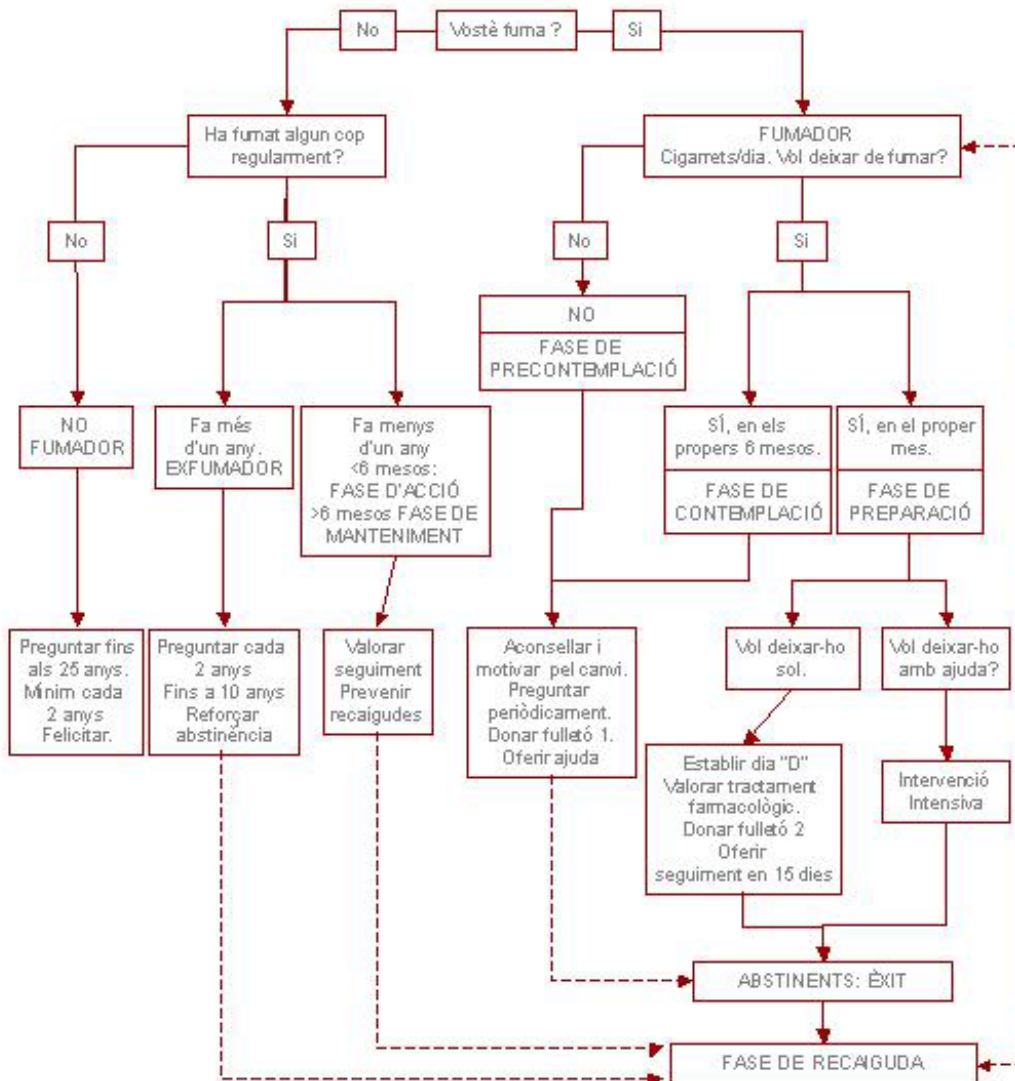
Es recomana l'ús de la Entrevista Motivacional com a model per fer avenços en el procés de canvi 

Figura 1 Tipus de intervenció segons la fase del procés de canvi



5.1. Fase de precontemplació

En aquesta fase el pacient no és conscient que té un problema o pensa que és incapaç de canviar. No veu la conducta com un motiu de preocupació. No es planteja canvis en els 6 mesos següents. S'hi han d'introduir elements motivadors personalitzats acompanyats d'informació escrita (Annex 1) i informar de la disposició d'ajudar si canvia d'idea. En aquesta fase s'han mostrat útils les estratègies d'entrevista motivacional per tal d'aconseguir que passin al següent esglaó del procés del canvi. S'aconsella repetir la intervenció cada 6 mesos.

5.2. Fase de contemplació

En aquesta fase el pacient es caracteritza per l'ambivalència. La intenció del canvi s'estableix a llarg termini, en algun moment dels pròxims 6 mesos. Atès que el pacient no vol deixar de fumar en aquesta fase és important identificar les raons que impedeixen als fumadors passar a l'acció. S'han de treballar les pors: engreixar-se, síndrome d'abstinència, fracàs, etc.

També cal ressaltar que deixar de fumar és possible i que nosaltres els podem ajudar. Es pot donar el fullet motivador (Annex 1). S'aconseja intervenir en totes les visites.

5.3. Fase de preparació i acció

En aquesta fase el pacient, després de l'ambivalència de la fase anterior vol fer el canvi, està motivat per intentar-ho. Atès que el pacient vol deixar-ho cal esbrinar si vol ajuda.

5.3.1. Volen deixar-ho sols (intervenció breu)

Després de felicitar el pacient és necessari valorar la dependència, i amb relació a aquesta recomanar un tractament farmacològic (Annex 2). S'ha d'intentar fixar algun tipus de seguiment amb visita o trucada telefònica. El tractament amb fàrmacs de prescripció requereix una **intervenció intensiva**, atès que s'han de vigilar efectes secundaris i/o adversos durant tot el seu ús.

5.3.2. Volen deixar-ho amb ajuda (intervenció intensiva)

En aquests casos s'han de proposar unes visites programades (Vegeu el capítol 5).

5.3.3. Recaigudes

La recaiguda forma part del procés de deixar de fumar i no s'ha de viure com un fracàs. Fins i tot es pot positivar en el sentit que és una oportunitat per aprendre a no recaure en el proper intent.

Les causes més freqüents són la síndrome d'abstinència, l'augment de pes, els estats d'ànim negatius o depressius, l'estrès, l'excés de confiança o les circumstàncies socials.

En abordar el tema de les recaigudes és important fer èmfasi en el fet que una sola pipada pot portar a recaure.

Si durant el procés de deixar el tabac es fuma una cigarreta cal analitzar amb el pacient les causes que el van induir a fumar-la i s'han de buscar estratègies per evitar-ho en el futur.


Atès que les recaigudes formen part de la història natural de la dependència al tabac, és important tenir present, durant els contactes amb el pacient de preparació i de seguiment, la possible aparició dels problemes que més freqüentment s'hi relacionen (Taula 7)²⁹.

Taula 7. Prevenció de recaigudes

Problemes	Respostes
Manca de suport per deixar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar el pacient a identificar les fonts de suport en el seu entorn. • Programar visites de seguiment.
Estat d'ànim negatiu o depressió	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necessitat de assessorament, medicació o derivació a un especialista.
Síntomes perllongats o greus d'abstinència	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar l'ampliació del tractament farmacològic, afegir o combinar fàrmacs per reduir els símptomes.
Augment de pes	<ul style="list-style-type: none"> • Recomanar l'inici o augment de l'activitat física. • No fomentar dietes estrictes. • Ressaltar la importància d'una dieta sana.
Disminució de motivació o sentiment de privació	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquil·litzar el pacient sobre la freqüència d'aquests sentiments. • Recomanar activitats gratificants.

També és important que tota persona que ha deixat de fumar rebi a cada visita o contacte missatges positius relacionats amb els seus avenços, com per exemple:

- Rebre felicitacions pel seu èxit i també ànims per seguir abstinent.
- Estimular activament la discussió sobre qualsevol èxit obtingut, encara que sigui parcial (duració de l'abstinència, disminució del símptomes d'abstinència).
- Fomentar l'explicació dels beneficis percebuts en deixar de fumar.

Si s'ha tornat a fumar regularment es pot intentar, després d'analitzar igualment la recaiguda, fixar un nou dia "D", com més aviat millor. .

La darrera revisió de la Cochrane (2005) mostra que no hi ha proves suficients per donar una recomanació específica per ajudar fumadors, que han abandonat l'hàbit a curt termini, per evitar una recaiguda. Probablement, les intervencions més útils són les que identifiquen situacions de risc i les eviten³⁹.

6. Intervenció intensiva

La intervenció intensiva consta de dues parts: les visites realitzades abans del dia "D", que anomenem **visites de preparació** i les visites després del dia "D", **visites de seguiment**^{40,41,42}.

6.1. Visites de preparació

Les visites de preparació, idealment, haurien de ser-ne dues, però segons la disponibilitat de temps i la situació del pacient es pot fer només una visita.

6.1.1. Contingut de les visites

- **Motivació**

La motivació és el motor principal que ajuda les persones a avançar en el procés d'abandonament del tabac. S'ha de facilitar la verbalització de:

- Motius per seguir fumant i dificultats per deixar-ho.
- Motius per deixar de fumar, beneficis en deixar-ho i riscos de seguir fumant.

En la Taula 9, s'hi exposen les motivacions i els beneficis per deixar de fumar.

En parlar de la motivació també s'ha de reflexionar sobre els **intents previs** de cessació. Haver intentat deixar de fumar és el resultat d'un procés motivacional, independentment del resultat d'aquest intent. El professional i la persona que fuma han de parlar de les coses que van funcionar, com i quan va ser la recaiguda, quins van ser els moments més difícils, etc.

- **Dependència i síndrome d'abstinència**

El tabaquisme és una addicció amb vessants físics i psicològics, que s'expliquen a la Taula 10 (*Dependència al tabac*). S'han d'explorar els coneixements que té la persona que fuma i informar sobre el fet que l'aparició de la síndrome d'abstinència és freqüent. En la Taula 11 (*síndrome d'abstinència*) s'exposen les seves manifestacions i una petita llista de recomanacions.

Cal plantejar-se un **tractament farmacològic** en dependència moderada i alta (Capítol 6).

- **Entorn familiar, social i laboral**

És important investigar en l'entorn de la persona que fuma per valorar si la parella o altres persones que hi convisquin fumen. També si a la feina o en les seves relacions socials hi ha gaires fumadors. Cal recomanar la col·laboració i el respecte a la seva decisió de deixar de fumar i buscar el suport entre la família i els amics.

També pot ser d'ajuda deixar de fumar al mateix temps que la parella, un familiar o un amic.

- **Pes**

El control del pes és un dels motius pel qual alguns fumadors s'inicien en el consum de tabac o continuen fumant, per tant, és important dedicar el temps necessari a parlar-ne amb el pacient. Es recomana un control del pes a l'inici del cessament i periòdicament. Tot seguit s'exposen una sèrie de consideracions amb relació a l'augment de pes⁴³:

- La majoria de les persones que deixen de fumar augmenten de pes.
- La mitjana d'augment és de 4 Kg. Un 10% d'exfumadors pot arribar a augmentar fins a 10 Kg.
- No hi ha evidència de factors pronòstics fiables d'aquest augment de pes, excepte potser el fet de ser un gran fumador (> de 25 cig./dia), deixar de fumar abans dels 55 anys o ser dona.

- La utilització de tractament farmacològic retarda aquest augment de pes, especialment, els xiclets de nicotina i el bupropió.
- Les causes d'aquest augment de pes són dues: un descens de la despesa energètica (els fumadors tenen una despesa metabòlica basal més gran) i un augment de la ingesta calòrica.

Les recomanacions per als professionals són les següents:

- Informar d'aquesta possibilitat als fumadors.
- No treure importància a aquest moderat augment de pes.
- Informar que seguir fumant representa un risc per a la salut molt més gran que el fet d'augmentar 4 kg de pes.
- En persones especialment preocupades, cal proposar l'abordatge del possible increment de pes en una segona fase, després de la consolidació de l'abandonament tabàquic.
- En general s'ha d'aconsejar adoptar un estil de vida saludable: exercici regular i adequat a les característiques del pacient, alimentació rica en vegetals i moderada en fruita, augmentar la ingesta hídrica i reduir la d'alcohol (Vegeu els annexos 3 i 4).
- Data de cessació

La data de cessació cal que la decideixi la persona que fuma. La funció del professional és aconsellar i ajudar a concretar el dia per deixar-ho.

Hi ha qui prefereix deixar-ho en un dia feiner i qui prefereix el cap de setmana o les vacances. La data és aconsellable fixar-la durant els 15 primers dies després de la primera visita.

6.1.2. Menú d'activitats de preparació

Les propostes següents són una sèrie d'activitats destinades a objectivar el consum, desautomatitzar la conducta de fumar i facilitar l'elaboració d'una estratègia d'enfrontament o evitació de situacions difícils. És útil saber els principals motius i beneficis per fer intervencions (Taules 8.1 i 8.2)

Taula 8.1 Motivacions i beneficis

Motius per deixar de fumar	Beneficis
Salut	Prevenió de malalties cardiovasculars, neoplàsiques i respiratòries Millora de la capacitat física Millora de l'evolució dels símptomes o del pronòstic en malalties ja establertes
Sensació de dependència	Millora de l'autocontrol Autosatisfacció
Rol exemplar	Millora la imatge cap als fills, alumnes i pacients Afavoreix la transmissió d'estils de vida saludable
Motius estètics	Millora de l'alè i de l'esmalt dentari Millora l'aspecte de la pell i retarda el seu l'envelliment Millora dels sentits del gust i de l'olfacte
Diners	Estalvi econòmic important

A continuació es presenta una segona llista amb possibles elements motivadors segons diferents condicions de la persona que fuma.

Taula 8.2 Motivacions i beneficis

Adolescents	<p>Millorar l'alè i l'esmalt dentari</p> <p>Fer un estalvi econòmic</p> <p>Recuperar independència</p> <p>Reduir infeccions respiratòries, tos i mal de coll</p> <p>Augmentar el rendiment esportiu</p>
Embarassades	Menor risc de complicacions perinatals (baix pes en néixer, prematuritat, avortament, etc.)
Fumadors recents	Més facilitat per deixar-ho
Pares	<p>Reduir la tos, infeccions respiratòries i otitis en fills de fumadors</p> <p>Rol exemplar</p>

- **Elaborar una llista de motius**

Aquesta llista permet que la persona que fuma faci un balanç entre els elements a favor i en contra. Al marge de ser un exercici de reflexió sobre motivació, servirà per reflectir el gran pes dels avantatges de deixar de fumar. És important tenir molt present aquesta llista (Annex 2).

- **Fer un registre del consum**

Hi ha dues possibilitats:

- **Registre quantitatiu:** anotar cada cigarreta en el moment d'encendre-la, diferenciant matí, tarda i nit
- **Registre qualitatiu:** anotar número de la cigarreta, hora, grau de necessitat (1, 2, i 3) i estratègia per no fumar-la (Annex 2).

Aquest exercici permet identificar les situacions que estan associades amb més intensitat a la conducta de fumar i preveure diferents formes d'enfrontar-les. També serveix per evidenciar que les cigarretes realment problemàtiques són només una tercera part del consum diari.

- **Modificar hàbits de consum**

- Comprar el tabac paquet a paquet
- Fer canvis successius, tant de marca habitual com de concentració de nicotina i quitrà (*light, ultralight*).
- Practicar amb les ganes de fumar: intentar retardar, al més aviat possible, algunes cigarretes: la primera cigarreta del dia i la de després dels àpats.
- Canviar de lloc els estris relacionats amb el tabac (cendrers, encenedor, etc.).
- Segons el seu consum, intentar passar el dia, o tot el matí, o tota la jornada laboral amb un consum determinat.
- Si s'ha de sortir de casa per un parell d'hores, aproximadament, deixar el tabac a casa.

- **Augmentar els espais i les activitats lliures de fum.** Buscar el compromís de no fumar:

- En parlar per telèfon
- Quan condueix
- En llegir o escriure
- En mirar la televisió

També pot designar un lloc concret, dins de casa seva, per fumar. Un lloc on no es realitzi cap altra activitat, que sigui únicament per fumar.

Idees clau

Durant aquest procés és clau:

- Transmetre idees positives clares i concretes.
- El període de màxima dificultat és PASSATGER.
- Cal aprendre a viure sense fumar.
- Deixar de fumar és una de les coses més importants que una persona pot fer per si mateixa i per als que l'envolten.
- L'abstinència al tabac cal plantejar-se-la DIA A DIA.

En definitiva, la idea central és:

Deixar de fumar és possible i cal treballar per aconseguir-ho

6.1.3. Consells per al dia “D” i primers dies

- Fer àpats lleugers.
- Defugir ambients amb molts fumadors.
- Evitar el cafè i l'alcohol.
- Beure molts líquids sense calories entre els àpats.
- No fer sobretaula. Rentar-se les dents després dels àpats.
- Iniciar un programa d'exercici: passejades, bicicleta, natació, etc. això el relaxarà i pot ajudar-lo a controlar el pes.
- Aprendre una tècnica de relaxació fàcil: inspirar profundament, retenir l'aire uns segons i deixar-lo anar a poc a poc. Repetir-la de 4 a 5 vegades.
- Repassar freqüentment els motius per deixar de fumar.

A l'Annex 2 i en les recomanacions alimentàries per a fumadors al annex 3 hi ha aquests consells per donar-los al fumador.

A les taules 10 i 11 es presenten els elements que produeixen la dependència al tabac i la síndrome d'abstinència

6.2. Visites de seguiment

El contingut de les visites de seguiment és a la Taula 9. És aconsellable un mínim de 2 visites prèvies a la data de cessació i de 4 visites durant els 3 primers mesos posteriors. Atès que es considera exfumador a l'any de cessació, és aconsellable aprofitar els diferents contactes amb els professionals sanitaris d'atenció primària per fer-ne el seguiment, sobretot als 6 mesos i a l'any de la data de cessació.

Taula 9. Resum de las visites de seguiment en la intervenció intensiva

Visites de preparació	
1a. Visita	2a. Visita: 2-3 dies abans dia "D"
<ul style="list-style-type: none"> • Història del fumador (edat d'inici, consum actual, intents previs, recaigudes) • Revisar història clínica fent èmfasi en malalties relacionades • Valorar i treballar la motivació • Valorar dependència i la necessitat de tractament farmacològic • Verbalitzar dificultats previsibles: pors i dubtes • Entorn familiar, social i laboral • Activitats de preparació • Pes i altura • Fixar dia "D" • Donar informació (Annex 2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar activitats de preparació, registres i estratègies • Informar de la síndrome d'abstinència • Explicar tractament farmacològic • Consells per als primers dies • Confirmar dia "D" • Informació i prevenció de recaigudes
Visites de seguiment	
3a Visita: 3-8 dies després del dia "D". FASE D'EUFÒRIA	4a Visita: 10-15 dies després del dia "D". FASE DE DOL
Confirmar abstinència Valorar símptomes de l'abstinència: intensitat i freqüència Verificar tractament farmacològic: compliment i efectes adverses Preguntar per l'entorn (familiar/laboral/social) Controlar el pes	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar com s'enfronten les situacions difícils • Afavorir la verbalització de els avantatges • Advertir de la possible aparició de la fase de "DOL" 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el "DOL": Fenomen de "pèrdua de l'amic", sensació de buit • Interrogar per augment de la gana i trastorns del son • Informar del risc de recaigudes i causes • Emfasitzar els avantatges
5a visita: 15-30 dies després del dia "D" FASE DE NORMALITZACIÓ	6a visita: 2-3 mesos després del dia "D". FASE DE CONSOLIDACIÓ
Confirmar abstinència Controlar el pes	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar símptomes de l'abstinència: intensitat i freqüència • Recordar avantatges • Control tractament farmacològic: compliment i efectes adverses • Prevenir de les "falses seguretats: per un "no passa res" • Treballar el risc de recaigudes i causes 	<ul style="list-style-type: none"> • Finalitzar tractament • Advertir de recaigudes socials (festes, celebracions) • Avisar de les "fantasies de control: ara ja puc fumar una cigarreta quan jo vull, esporàdicament" • Recordar els avantatges a llarg termini

Taula 10. Dependència al tabac

Dependència al tabac		Acció
Física	Produïda per la nicotina i és la responsable de l'aparició de la síndrome d'abstinència.	Tractament farmacològic Llista de consells per a les manifestacions de la síndrome d'abstinència (Taula 11). Duració de 2 a 3 setmanes.
Conductual	Relacionada amb certs hàbits (parlar per telèfon, entrar o sortir del cotxe, arribar a la feina, sortir de casa, etc.). Aquesta conducta crea una relació molt intensa entre certes accions o situacions i el fet de fumar.	Pactar amb el pacient algunes modificacions d'hàbits per enfrontar amb més garanties aquest primers dies. Ajudar a suavitzar les situacions de risc. Explicar que està fent una "cura de desintoxicació" a la llarga es trobarà millor.
Emocional	Per als fumadors les cigarretes són uns "bons amics" els ajuden en els moments difícils i milloren la satisfacció dels bons moments.	Tècniques d'enfrontament d'estrès Tècnica de relaxació. Explicar que els moments crítics són intensos però breus i desapareixen amb el temps. S'ha de distreure l'atenció uns minuts. La seguretat en un mateix és la millor arma. Recordar avantatges de deixar-ho.
Social	Pressions ambientals que inciten el consum (publicitat). Pressió de grup en adolescents. Imatge de seguretat. Esdeveniments socials (casaments, celebracions...).	Reforçar autonomia i llibertat de decisió. Si és possible evitar celebracions les primeres setmanes. Explicar als que ens envolten la decisió de deixar de fumar i demanar el seu respecte.

Taula 11. Síndrome d'abstinència

Síntoma	Recomanacions
Desig intens de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Pensar que aquest desig serà cada cop menys intens i freqüent. • Estar ocupat. • Pensar en altres coses (treball, esports...). • Beure aigua. Mastegar xiclet sense sucre. • Menjar alguna cosa baixa en calories. • Respirar profundament diverses vegades. • Realitzar un exercici de relaxació. • Rentar-se les dents.
Irritabilitat	<ul style="list-style-type: none"> • Fer una pausa. Aturar l'activitat realitzada i reflexionar sobre la situació en què es troba. • Fer llargues passejades. • Dutxar-se o banyar-se. • Practicar una tècnica de relaxació. • Evitar cafè o begudes amb cafeïna.
Dificultat de concentració	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir més. • Realitzar esport o alguna activitat física. • No exigir-se un alt rendiment els primers dies després de deixar-ho.
Mal de cap	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir més. • Realitzar un exercici de relaxació. • Evitar cafè i alcohol.
Augment de la gana	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar menjars hipercalòrics. • Augmentar l'activitat física. • Beure molta aigua i sucs que no engreixin.
Desordres del son	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el cafè o begudes amb cafeïna. • Prendre llet calenta o infusió de til·la o similar per anar a dormir. • Augmentar l'exercici físic.
Desànim	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenir-se actiu. • Evitar la soledat. • Fer coses que li agradin. • Practicar esport.

7. Tractament farmacològic

Els fàrmacs en el tractament del tabaquisme són una ajuda a la intervenció. Han d'utilitzar-se en persones amb un grau de dependència mitjà-alt que decideixen deixar de fumar ^A⁴⁴⁻⁴⁶. Malgrat que l'ajuda farmacològica es pot emprar en intervencions breus, moltes vegades s'empra en la intervenció intensiva. A continuació s'expliquen les característiques dels principals fàrmacs disponibles o recomanats en aquest moment per ajudar les persones a deixar de fumar. La experiència amb bupropió és limitada en el nostre entorn, però els resultats dels assaigs clínics són bons, això representa una via alternativa a la substitució de la nicotina. Molt recentment s'ha comercialitzat la vareniclina, però encara no hi ha dades de tractament en atenció primària.

Es consideren tractaments de primera elecció els substituïts de la nicotina i el bupropió^{44,45}.

Críteris per fer prescripció de fàrmacs

Tot i que algunes guies⁷ recomanen oferir tractament farmacològic a tothom que vulgui deixar de fumar, es considera especialment l'ús de fàrmacs en fumadors que compleixen els críteris següents⁷:

- Fumadors de més de 10 cigarretes per dia.
- Motivats per deixar de fumar.
- Compromesos a deixar de fumar totalment.
- Que fixen data de cessació.
- Que coneixen els beneficis i riscos dels fàrmacs que es poden prescriure.

7.1. Tractament amb substituïts de nicotina (TSN)

El tractament amb substituïts de nicotina en diverses formes farmacèutiques (pegats, xiclets, comprimits per llepar) porten com a principi actiu la nicotina (un potent estimulador del sistema nerviós central) que ajuda a controlar els símptomes d'abstinència.^A

Indicacions: Alleujament dels símptomes de la síndrome d'abstinència en programes de deshabitució tabàquica. Persones que fumen 10 cigarretes o més cada dia i que volen deixar de fumar.

Contraindicacions: No hi ha contraindicacions absolutes, sempre és més perillós continuar fumant. No s'aconsella l'ús en persones amb malaltia cardiovascular aguda o inestable: les dues primeres setmanes després d'un infart agut de miocardi, arítmies importants i angina severa i inestable.

Situacions especials

- **Embaràs:** Posar en una balança els beneficis i els riscos davant de la situació concreta. Considerar tractament en casos de més de 10 cig./dia^{47,48,49} ^A
- **Lactància:** No esta recomanat el seu ús, per manca de dades de seguretat.
- **Interaccions:** No importants.
- **Adolescència:** Malgrat que no se n'ha avaluat l'eficàcia i la seguretat d'aquests preparats en menors de 18 anys, els beneficis potencials de deixar de fumar i l'eficàcia i seguretat establerta en adults comporta que els professionals sanitaris recomanin el seu ús si la dependència a la nicotina és elevada i la persona desitja clarament deixar de fumar.
- **Patologia cardiovascular:** La teràpia substitutiva amb nicotina no és un factor de risc independent per l'aparició de crisis coronàries. De tota manera, han d'utilitzar-se amb precaució en les persones que han patit un infart de miocardi en les darreres 2

setmanes, les persones amb arítmies severes, i les que tenen angina de pit severa o inestable. **A**.

7.1.1. Pegats de nicotina

Posologia: Disponibles de 16 i 24 hores, ambdós d'eficàcia similar. Els de 16 hores s'assemblen més al patró de consum habitual, però els de 24 hores donen una cobertura millor els primers minuts del dia. Es pot individualitzar el tractament segons les experiències anteriors amb el pegat, la quantitat fumada, el grau de dependència, etc. La durada de 8 setmanes ha estat demostrada com a eficaç en diferents estudis i valorada en les revisions Cochrane⁵⁰

La dosificació habitual és la següent:

- PNT 16h: 4 setmanes 15 mg
2 setmanes 10 mg
2 setmanes 5 mg
- PNT 24h: 4 setmanes 21 mg
2 setmanes 14 mg
2 setmanes 7 mg

Efectes secundaris: Reaccions dermatològiques locals: apareixen fins a un 50% dels casos. Normalment són lleus i autolimitades, però poden empitjorar durant el tractament. És important canviar la localització del pegat cada dia i no repetir-la en 7 dies. Si apareixen es pot fer tractament amb crema d'hidrocortisona (1%) o triamcinolona (0,5%). En un 5% dels casos obliguen a suspendre el tractament.

Insomni: Si s'està utilitzant el pegat de 24 hores retirar-lo abans d'anar al llit o canviar al de 16 hores.

Altres: cefalees, mareigs, dispèpsia i palpitations.

7.1.2. Xiclet de nicotina

Posologia: Disponibles de 2 mg i 4 mg de nicotina.

Donar el de 2 mg inicialment. A les persones amb més gran dependència (8 o més en el test de Fagerström o més de 25 cigarretes/dia) o fallida prèvia amb el de 2 mg, utilitzar el de 4 mg. Provar pautes de dosificació fixes (1 xiclet cada hora mentre s'està despert). No passar de 30 xiclets/dia de 2 mg ni de 20 xiclets/dia de 4 mg. Disminuir gradualment després de 3 mesos. Mastegar el xiclet de 5 a 10 vegades fins a percebre un sabor "picant", col·locar el xiclet entre les genives i la cara interna de la galta per permetre que la nicotina s'absorbeixi i esperar que disminueixi el sabor picant, després tornar a mastegar (anar canviant el lloc de col·locació del xiclet).

Utilitzar cada xiclet durant 30 minuts. És convenient que el pacient faci una prova d'utilització del xiclet davant del professional sanitari. Cal també insistir que es prengui el nombre de peces prescrites durant el període fixat, atès que es tendeix a consumir menys peces de les necessàries durant menys setmanes.

Evitar beure begudes àcides (cafè, suc de fruites naturals, refrescs artificials, etc.) 15 minuts abans i mentre s'està mastegant, ja que interfereixen amb l'absorció de la nicotina (que es produeix en el medi alcalí habitual a la cavitat bucal).

Efectes secundaris: Singlot, molèsties bucal, dolor mandibular, dispèpsia. Normalment són lleus i autolimitats i milloren amb una utilització correcta del xiclet.

7.1.3. Comprimits per llepar de nicotina

Posologia: Disponibles d'1 mg i 2 mg de nicotina. Provar pautes de dosificació fixes (1 comprimit cada 1-2 hores mentre s'està despert). No passar de 25 comprimits /dia. Disminuir gradualment després de 3 mesos.

Llepar el comprimit fins a percebre un sabor "picant", col·locar-lo entre les genives i la cara interna de la galta per permetre que la nicotina s'absorbeixi i esperar que disminueixi el sabor picant, després tornar a llepar (anar canviant el lloc de col·locació del comprimit).

Utilitzar cada comprimit durant 30 minuts.

Evitar beure begudes àcides (cafè, suc de fruites naturals, refrescs artificials, etc.) 15 minuts abans i mentre s'està llepant, ja que interfereixen amb l'absorció de la nicotina (que es produeix en el medi alcalí habitual a la cavitat bucal).

Efectes secundaris: Singlot, úlceres i altres molèsties bucals. Normalment són lleus i autolimitats.

7.2. Bupropió⁵¹

Indicacions: Persones que fumen 10 cigarretes o més cada dia i que volen deixar de fumar. Persones amb intents previs amb fracàs amb substituïts de la nicotina o amb contraindicacions relatives per al seu ús.

Contraindicacions: Antecedents de convulsions, traumatisme cranioencefàlic important o tumor del sistema nerviós central.

Antecedents trastorns alimentaris de tipus anorèxia o bulímia.

Trastorns bipolars.

Abstinència brusca d'alcohol o benzodiazepines

Ús d'IMAO els 14 dies previs.

Contraindicacions relatives: Ús de fàrmacs que rebaixen el dintell convulsivant (incloent-hi antipsicòtics, antidepressius, teofil·lina, esteroides sistèmics, antimalàrics, insulina, hipoglucemians orals, etc.).

Cirrosi hepàtica

Embaràs i lactància

Hipersensibilitat al fàrmac

Posologia: 150 mg cada matí durant 6 dies; després 150 mg/ 2 vegades al dia separades

almenys per un interval de 8 hores. Per tal d'evitar l'insomni es recomanable prendre la segona dosi abans de les 6 de la tarda. Començar el tractament 1-2 setmanes abans de deixar de fumar. Perllongar el tractament de 7 a 12 setmanes més. S'han d'ajustar la dosi en pacients ancians, amb insuficiència hepàtica o renal i en diabètics ben controlats amb insulina o antidiabètics orals a una dosi diària de 150 mg. En cas d'insomni es pot utilitzar també la dosi de 150 mg al matí.

Efectes secundaris: Freqüents: Insomni, sequedat bucal i reaccions dermatològiques.

Importants: Convulsions 1/1000 casos tractats a dosi de 300 mg/dia

Interaccions⁵²: Bupropió és metabolitzat primàriament a hidroxibupropió per la isoenzima CYP2B6, poden augmentar el seu efecte farmacològic substàncies com orfenadrina i ciclofosfamida.

També interactuen amb aquesta medicació:

Poden reduir el llindar a crisis comicials: alcohol, antidepressius tricíclics, clozapina, fluoxetina, haloperidol, liti, loxapina, maprotilina, molindona, fenotiacines, tioxantè i

trazodona, rinitavir, levodopa, inhibidores de monoamí oxidasa (IMAO), procarbazina, selegilina i furazolidona

Situacions especials: Adolescència: No es pot utilitzar en aquesta població ja que no hi ha dades de seguretat.

Patologia cardiovascular: Hi ha evidències que és un fàrmac segur⁵³.[A](#)

7.3. Nortriptilina⁵¹

Indicacions: Antidepressiu usat pel seu efecte ansiolític, és d'ús segur, ben tolerat i amb un menor cost. Se'l considera tractament de segona línia en persones que han estat incapaces de deixar de fumar amb els fàrmacs de primera línia, que presentaven contraindicacions o per a qui els medicaments de primera línia no són útils. No està aprovada la indicació per deixar de fumar al nostre país.

Contraindicacions: Malaltia cardiovascular activa, arítmies, hipertiroidisme, embaràs i lactància.

Posologia: Iniciar el tractament amb 25 mg durant 3 dies, continuant amb 50 mg durant 4 dies i finalment 75 mg diaris (25 mg cada 8 hores) durant 12 setmanes.

Efectes secundaris: El més habitual és la sequedat bucal, però també s'han explicat: sedació, visió borrosa, retenció urinària, cefalees i hiperhidrosi a mans.

Interaccions: En pacients tractats amb IMAO, cimetidina. Evitar ingestió d'alcohol o drogues estimulants del sistema nerviós central.

Situacions especials:

- Embaràs i lactància: Contraindicat.
- Adolescència: No hi ha estudis publicats.
- Patologia cardiovascular: S'han descrit arítmies i trastorns de la conducció.[A](#)

7.4. Altres fàrmacs: vareniclina

Indicacions: Fàrmac recentment comercialitzat. Persones sense comorbiditat amb intents previs amb fracàs amb substituïts de la nicotina, bupropió o amb contraindicacions relatives per al seu ús. Hi ha menys estudis que per a les teràpies substituïtives de la nicotina i bupropió, no hi ha cap estudi realitzat a l'atenció primària de salut⁵⁴, per la qual cosa no es pot considerar de primera elecció.

Contraindicacions:

- Hipersensibilitat al fàrmac
- Embaràs i lactància.

Posologia: Del 1r al 3r dia: 0,5 mg/ 1 vegada al dia, del 4t al 7è dia: 0,5 mg/ 2 vegades dia, del 8è dia al final de tractament: 1 mg/ dos vegades dia. Duració del tractament: 12 setmanes (si el pacient ha deixat de fumar considerar prolongació 12 setmanes mes). Iniciar el tractament 1-2 setmanes abans de deixar de fumar. Els comprimits han d'empassar-se sencers amb aigua. Sempre donar suport i fer seguiment.

Efectes secundaris: Nàusees (28%), cefalea, insomni i sons anormals, restrenyiment, flatulència i vòmits.

Interaccions: Evitar ús concomitant amb cimetidina (en insuficiència renal greu). No hi ha estudis de combinacions amb bupropió i/o substituïts de nicotina.

Situacions especials: No existeixen interaccions clínicament significatives. No conduir vehicles durant els primers dies, per la possible aparició de mareig i somnolència.

Ús amb precaució en el cas de pacients amb antecedents depressius i/o idees d'autòlisi.

En insuficiència renal greu disminuir dosis a 1 mg/dia (iniciar dosis amb 0,5 mg una vegada al dia durant els tres primers dies).

No existeix experiència clínica amb pacients epilèptics

Adolescència: No recomanat ús en menors de 18 anys.

Patologia cardiovascular: Manquen estudis sobre aquesta qüestió. [A](#).

Taula 12. Resum del tractament farmacològic

Fàrmac	Dosi/durada	Instruccions
Pegats de nicotina	Disponibles de 16 i 24 hores. <ul style="list-style-type: none"> PNT 16h. 4 set.(15 mg) 2 set. (10 mg) 2 set. (5 mg) PNT 24h. 4 set. (21mg) 2 set. (14 mg) 2 set. (7 mg) 	No fumar Utilitzar sobre un zona de pell sense pel, preferentment al tòrax. Canviar de lloc cada dia, no repetir el lloc en 7 dies Començar a utilitzar al llevar-se del dia en que es deixa de fumar.
	Efectes secundaris	Precaucions/contraindicacions
	Reaccions dermatològiques locals, insomni	Malaltia cardiovascular aguda o inestable Embaràs: (valorar relació risc-benefici)
Xiclets de nicotina	Dosi/durada	Instruccions
	Disponibles de 2 i 4 mg. Donar el de 2 mg inicialment. En persones amb alta dependència (test de Fagèrstrom de 8 o més) o fallida prèvia i amb el xiclet de 2mg donar el de 4 mg. Provar pautes de dosificació fixes (1 xiclet cada hora mentre s'està despert) . No passar de 30 xiclets/dia de 2 mg ni de 20 xiclets/dia de 4 mg. Disminuir progressivament després de 3 mesos	No fumar Mastegar el xiclet de 5 a 10 vegades fins notar un gust "picant", posar el xiclet entre les genives i la cara interna de la galta per permetre que la nicotina s'absorbeixi, i esperar a que disminueixi el gust picant. Després tornar a mastegar (anar canviant el lloc on es posa el xiclet)
	Efectes secundaris	Precaucions/contraindicacions
	Dolor mandibular Dispèpsia Singlot	Malaltia cardiovascular aguda o inestable Embaràs: (valorar relació risc-benefici)
Comprimits per llepar de nicotina	Dosi/durada	Instruccions
	1 mg per comprimit (equival a una xiclet de 2 mg.) o 2 mg per comprimit Provar pautes de dosificació fixes (1 comprimit cada 1-2 hores) Dosi habitual: 8-12 al dia. No passar de 25 comprimits/dia. Disminuir gradualment després de 3 mesos.	No fumar. Llepar el comprimit lentament fins notar un gust "picant", posar el comprimit entre les genives i la cara interna de la galta per permetre que la nicotina s'absorbeixi, i esperar a que disminueixi el gust picant. Després tornar a llepar (anar canviant el lloc on es posa el comprimit) Utilitzar cada comprimit durant 30 minuts. Absorció limitada per la ingesta de líquids àcids (cafè, sucs, refrescos). Evitar menjar i beure 15 minuts abans de començar a llepar el comprimit i durant el seu ús.
	Efectes secundaris	Precaucions/contraindicacions
	Singlot Molèsties i úlceres lleus i transitòries a la cavitat oral	Malaltia cardiovascular aguda o inestable Embaràs: (valorar relació risc-benefici)

Bupropió	Dosi/durada	Instruccions
	150 mg cada matí durant 6 dies; després 150 mg/ 2 vegades al dia, separant les preses com a mínim 8 hores . Iniciar el tractament 1-2 setmanes abans de deixar de fumar. Perllongar el tractament de 7 a 12 setmanes més.	Fixar el dia D de deixar de fumar després d'1-2 setmanes de tractament. Acompanyar de seguiment segons la pauta de visites recomanada.
Varenicilina	Efectes secundaris	Precaucions/contraindicacions
	Freqüents: insomni, boca seca, mal de cap Importants: convulsions (1/10.000 casos tractats a dosi de 300 mg/dia)	Antecedents de convulsions o tumor SNC Antecedents de trastorns alimentaris. Trastorn bipolar. Abstinència sobtada d'alcohol o benzodiazepines. Ús d'IMAO en els 14 dies previs. Ús de fàrmacs que abaixin el dintell convulsivant. Cirrosi hepàtica. Embaràs i lactància. Hipersensibilitat al fàrmac
Bupropió	Dosi/durada	Instruccions
	Comprimits de 0,5 mg i 1 mg Del 1r al 3r dia: 0,5 mg /dia Del 4t al 7è dia: 0,5 mg 2 vegades dia Del 8è dia al final de tractament: 1 mg dues vegades al dia Duració del tractament: 12 setmanes (si el pacient ha deixat de fumar considerar perllongar 12 setmanes mes)	Iniciar el tractament 1 – 2 setmanes abans de deixar de fumar Els comprimits s'han de passar sencers amb aigua Sempre amb suport psicològic i seguiment
Varenicilina	Efectes secundaris	Precaucions/contraindicacions
	<ul style="list-style-type: none"> • Nàusees • Cefalea • Insomni i somnis anòmals • Restrenyiment i meteorisme • Vòmits 	Hipersensibilitat al producte No és recomanable ús en < 18 anys No utilitzar en embaràs ni lactància Evitar l'ús concomitant de cimetidina En insuficiència renal greu disminuir dosis a 1 mg/dia (iniciar dosis amb 0,5 mg/dia durant els 3 primers dies)

7.5. Grups d'especial risc a detectar i intervenir

Menors d'edat, fumadors passius i altres

La bibliografia esmenta aquest supòsit en els infants i adolescents. En les visites pediàtriques, cal fer l'anamnesi sobre el consum de tabac de l'entorn habitual dels nens (en tots els cuidadors habituals) i lloc on es produeix (casa, cotxe...) i donar la informació dels efectes del tabac en la salut dels nens ⁵⁵.

Es recomana fer consell de cessació per als cuidadors habituals dels nens i adolescents, informant sobre la relació entre la inhalació passiva de fum i malalties dels nens com otitis mitjana⁵⁶, incrementa el risc de tos, pneumònia i bronquiolitis en el 60% els primers mesos de vida⁵⁷, pot incrementar la freqüència i severitat dels episodis de l'asma⁵⁸.

L'educació dels nens sobre els efectes en la salut del tabaquisme pot exercir un paper positiu en la cessació dels pares ^{7,59}

La intervenció dels clínics en les consultes pediàtriques, per a la detecció i advertència als pares a fi i efecte de limitar l'exposició secundària al tabac és útil. ⁶¹

Segons la "Guia per a la prevenció i el control del tabaquisme des de l'àmbit pediàtric"⁶⁶ aconseguir un ambient lliure de fum a la llar n'és la prioritat, així com també als llocs esportius o de oci on estiguin els menuts.

Prevenció en nens i adolescents

El 90% dels fumadors comença abans de l'edat de 21. Les taxes de fumadors continuen essent altes entre adolescents⁶¹. La família fumadora i qualsevol entorn d'experimentació amb el tabac són un factor de risc important.

No s'ha demostrat efectiu fins a hores d'ara cap programa de cessació per a fumadors adolescents, per tant la prevenció, individual o comunitària, és un element clau, individual (per exemple, el reforç positiu repetit de la abstinència).

L'evidència és escassa per recomanar o no que el cribratge sistemàtic del tabaquisme previngui el seu ús i eviti la dependència en nens i adolescents. (Grau I de recomanació. USPSTF 2005⁵⁵). Els professionals sanitaris poden utilitzar la informació i activitats relacionades amb el tabac en la prevenció de la iniciació o promoció de la cessació en cas d'ús de tabac, ja que la majoria de fumadors adults comença en l'adolescència.

L'ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement (2004)⁶² recomana que s'ha d'interrogar a cada visita per a l'exposició al tabac de tots els nens de més de 10 anys, a l'àmbit familiar o a la seva vida diària.

Les intervencions de cessació que han demostrat ser eficaces amb adults, s'han de considerar per als joves, adaptant el contingut a cada cas segons sigui necessari^{7,63}. No hi ha proves que el tractament substitutiu amb nicotina o bupropió sigui eficaç en aquest grup^{64,65}.

Segons la "Guia per a la prevenció i el control del tabaquisme des de l'àmbit pediàtric"⁶⁰, el consum diari i ocasional de qualsevol producte tabàquic és del 39,9% en joves de 15 a 24 anys⁶⁵) En l'etapa de l'adolescència es produeixen canvis en l'estil de vida i es consolida la pròpia personalitat de l'individu. Els professionals que treballen en l'àmbit pediàtric acompanyen i guien els infants i adolescents durant aquest procés socialitzador. Hi ha raons importants que fan fonamental la implicació dels professionals de la pediatria i la infermeria de pediatria en la prevenció i el control del tabaquisme:

- a) El tabaquisme passiu té greus conseqüències per a la salut dels nens i nenes de qui tenim cura.
- b) La proporció de dones joves fumadores va en augment. Aquestes són les futures mares, i això fa témer que aquest problema pot créixer en comptes de disminuir.
- c) L'inici del consum de tabac habitualment es produeix a l'edat pediàtrica, durant l'adolescència.

En relació amb la prevenció i control del tabaquisme, els equips pediàtrics poden contribuir-hi amb les intervencions generals següents⁶⁰:

- a) Proporcionar informació sobre els efectes negatius a curt i llarg termini del tabaquisme, tant fisiològics com socials, així com també els efectes de la pressió social i de grup i les eines per dir "no".
- b) Implicar els pares en la tasca de prevenció i control del tabaquisme: aconseguir un ambient lliure de fum a la llar n'és la prioritat.
- c) Fer educació sanitària en els nens des dels cinc anys, però més intensa a partir dels deu anys, especialment en els adolescents.
- d) Donar suport i estimular els intents de cessació tant dels pares i cuidadors fumadors com dels adolescents fumadors.

e) Aconsellar els pares que demanin que l'escola i els llocs on els seus fills fan esport siguin "ambients lliures de fum".

Específicament, els equips pediàtrics poden ajudar a evitar el tabaquisme en els pares i cuidadors i fer prevenció en nens i adolescents:

Per a CUIDADORS fumadors

- Proporcionar-los material de suport.
- Acordar visites successives i ajudar-los a escollir una data per deixar de fumar.
- Concretar el tipus d'intervenció d'ajuda i pautar el tractament més escaient (si cal).

Per a CUIDADORS NO FUMADORS

- Mantenir una consciència reflexiva davant del tabaquisme i intentar transmetre-la als seus fills i filles.
- Crear un medi ambient social favorable que respecti i mantingui l'entorn lliure de fum.
- Transmetre un estil de vida saludable als fills i filles.
- Felicitar-los, ja siguin no fumadors o exfumadors.

Per a INFANTS i ADOLESCENTS

- Potenciar un estil de vida saludable basat en una dieta equilibrada i sobretot en la pràctica de l'exercici físic.
- Informar dels efectes negatius del tabaquisme i reforçar les eines per dir "no".
- Informar els infants i adolescents dels compostos químics que conté el fum del tabac.
- En els adolescents cal enfocar l'educació sanitària i la motivació al canvi emfasitzant els punts següents: estètic, saludable, ecològic, solidaritat, llibertat, lideratge...
- Reduir tant com sigui possible el nombre de joves que comencen a fumar i retardar al màxim el moment de l'inici dels que ho facin mitjançant missatges informatius i educatius.
- Donar suport als programes de prevenció i control del tabaquisme en els centres escolars i en els ambients extraescolars on es mouen els joves.

Dones embarassades

Estudis en la nostra població mostren que una de cada tres dones és fumadora en el moment de conèixer l'embaràs. D'aquestes, només el 25% aproximadament ho deixen, i la majoria de les que no deixen de fumar en redueixen el consum aproximadament un 50%. Un 70% torna a fumar l'any següent després del part. És freqüent que les dones fumadores embarassades tendeixin a minimitzar el seu consum i l'exposició passiva (com la resta de fumadores)^{29,67-69}.

Estudis epidemiològics evidencien que les dones amb més probabilitats de deixar de fumar tenen les següents característiques:

- Són fumadores moderades (consum diari de 5 a 10 cigarretes).
- Decideixen abandonar el tabac al principi de l'embaràs.
- Creuen en la seva pròpia capacitat per aconseguir-ho.
- Tenen una parella que no fuma o que ho ha deixat a causa d'aquest embaràs.
- Són capaces d'enfrontar-se a la síndrome d'abstinència.
- Presenten nàusees o petites molèsties al començament de l'embaràs.
- Són primíparas.

La detecció i el consell antitabac són d'especial importància en aquest grup i han d'estar inclosos en les visites preconceptives, atesos els efectes nocius del tabac en el fetus i en el

curs de l'embaràs⁵⁹. Aquesta detecció es fa mitjançant l'anamnesi del consum. L'embaràs és un moment clau i d'especial motivació per a la dona per abandonar el tabaquisme, ja que és preocupat per la seva salut i la del fetus. Amb motiu de l'atenció prenatal, hi ha una bona oportunitat per als professionals per oferir consell⁴⁷.

El consell i la informació dels efectes indesitjables del tabac pel fetus tenen un grau d'evidència A si s'aplica a les dones embarassades^{29;55;70}. A les embarassades fumadores, se'ls ha d'oferir suport especialitzat per deixar-ne el consum. **A**⁷⁸.

Amb consell i materials adaptats a les embarassades que fumen i reforç augmentat (5-15 minuts), hi ha evidència que la cessació augmenta comparant amb la intervenció breu de consell genèric només, amb taxes d'augment substancials durant l'embaràs i augment del pes dels nadons. Encara que les recaigudes postpart són altes, es va concloure que la reducció de fumar durant l'embaràs tenia beneficis tant per al nadó com per a la dona, i que els avantatges de la cessació de fumar compensen possibles alteracions secundàries com el possible estrès en la primera fase de cessació⁵⁵. La metanàlisi d'AH CPR sobre l'assessorament, definit en 10 minuts o més juntament amb materials de suport i amb la ajuda intensiva, quan l'esforç personal ho requereixi, canvia les xifres de cessació de 8% (cap intervenció o consell general) a prop del 15%.

Intervenció específica en dones embarassades⁴⁷

- Aconsellar l'abandonament del consum de tabac a la dona que ha decidit tenir una criatura **D**
- Quan la dona ja està embarassada, dur a terme la intervenció en la primera visita i en les successives, en fases més avançades de la gestació **C**.
- Oferir una informació clara, precisa i específica dels riscos del tabac per al fetus i la mare **A**.
- Oferir a l'embarassada una intervenció d'ajuda més intensa que la intervenció mínima, segons el grau de motivació i la dependència **A**.

Substituts de nicotina i embaràs. En dones embarassades, el tractament farmacològic TSN només s'ha de plantejar si no s'aconsegueix deixar de fumar amb les altres intervencions. **D** Cal sospesar el risc i els beneficis, a més d'obtenir-ne el consentiment informat, atès que la fitxa tècnica del tractament substituït de la nicotina conté com a contraindicació l'embaràs. Cal valorar que la nicotina es troba a la llet materna. El TSN ha de ser considerat si els avantatges de la cessació compensen els riscos de continuar fumant⁷, per unitats especialitzades.

Bupropió: Està contraindicat en la dona embarassada i durant la lactància⁷¹.

Prevenió recaigudes: Les intervencions han de considerar les situacions de tensió emocional, s'han d'incloure al sistema de cures rutinàries, amb suport social i especialment de la parella **D**⁷².

Persones afectades de patologia crònica relacionada amb el tabac (patologia pulmonar, cardiopatia isquèmica i arteriosclerosi)

A aquestes persones, se'ls ha d'aconsellar deixar de fumar i informar de la relació entre l'hàbit del tabac i la progressió de la malaltia. Aquest consell s'hauria de recolzar en la determinació de proves objectives (per exemple l'espirometria). Aquesta forma d'intervenir s'ha mostrat efectiva⁷. La intervenció d'ajuda es farà segons el grau de motivació i dependència.

És més perillós que els pacients amb patologia cardíaca continuïn fumant que la utilització de tractament substituït⁷. Per tant, per a aquelles persones que presenten dificultats per a la cessació amb una intervenció d'ajuda, se'ls ha de considerar altres tractaments valorant la seva idoneïtat per l'especialista de la patologia corresponent. Actualment a les fitxes tècniques de TSN i bupropió registrats a Espanya no hi està indicat el seu ús en casos


d'antecedents recents d'IAM o angina inestable. Calen nous estudis per recomanar-ne l'ús amb garanties en aquests casos ⁶³ .

Pacients prehospitalitzats i posthospitalitzats

Una hospitalització és una oportunitat per a la cessació de l'hàbit tabàquic en fumadors. Cal considerar l'abordatge del tabaquisme prèviament a l'estada a l'hospital⁷.

Hi ha evidència en els avantatges entre deixar de fumar abans de cirurgia i altres tractaments (radioteràpia)⁷.


Recomanacions

- Atès que aquests pacients estan més motivats a causa de l'ingrés i del record recent del seu ingrés hospitalari cal intervenir-hi perquè deixin de fumar.
- Els professionals sanitaris especialitzats poden ajudar els pacients amb aquestes patologies, informar de la relació entre tabac i progressió de les malalties i de la recuperació.
- Sistemes de seguiment, com una carta de recordatori, el seguiment a l'atenció primària i el test de funció pulmonar poden ser útils i efectius⁷ .

Grups socioeconòmics més desfavorits

L'evidència internacional demostra que les iniciatives per a la cessació del consum de tabac han tingut menys èxit entre els grups socioeconòmics més desfavorits.


Recomanació

- Cal considerar els factors culturals en l'abordatge de la intervenció. Tot i tenir el mateix accés a l'aplicació de les intervencions, tenen dificultats per accedir a un TSN, i seria un grup a considerar l'oferta de TSN a baix cost ⁶³ .

Fumadors que tenen alguna malaltia de salut mental o drogodependències

Cal valorar la presència d'alguna malaltia greu mental i/o el consum de drogues en el fumadors, ja que tot i que les intervencions d'ajuda i possibles tractaments són els mateixos, que per a la resta de fumadors, cal fer un seguiment estret de la possible repercussió de la cessació en la patologia de base. Hi ha suficient evidència que els fumadors tenen més risc de depressió i ansietat. S'ha descrit una prevalença de fumadors més elevada entre persones amb alguns problemes de salut mental: depressió, ansietat, esquizofrènia i altres dependències⁷.

Recomanacions

- Els fumadors amb problemes greus de salut mental o altres dependències haurien de ser enviats a l'especialista per al seu tractament.
- Les intervencions d'ajuda que s'han mostrat eficaces en fumadors amb problemes de salut mental inclouen tractament farmacològic i consell sanitari ⁷.
- L'ús de bupropió no es pot associar amb altres antidepressius. El seu ús està desaconsellat en els fumadors amb altres tractaments farmacològics per patologia psiquiàtrica (IMAO, trastorn bipolar, psicòtics...) .

Críteris de derivació a unitat especialitzada en tractament⁷³

- Tot pacient que es derivi ha de tenir una motivació alta (o estar en fase de preparació o acció)
- Pacients que han realitzat 2-3 intents previs amb l'ajut de professionals sanitaris en atenció primària

- Pacients amb patologies:
 - Psiquiàtrica, en fase controlada
 - Cardiopatia en fase aguda
 - Hipertensió descompensada
 - Arítmies cardíagues no controlades
 - Malaltia vascular no controlada
- Drogodependències associades, amb més de 2 anys sense recaigudes
- Embarassades amb alta motivació i dependència que no poden deixar-ho amb l'ajut habitual des del centre d'atenció primària D

Bibliografia

1. Banegas JR, Diez-Gañan L, Gonzalez-Enriquez J, Villar-Alvarez F, Rodriguez-Artaljo R. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:769-771.
2. U.S.Department of Health and Human Services. Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 1998.
3. International Agency for Research on Cancer (IARC). Tobacco Control Reversal of Risk After Quitting Smoking. *Handbooks of Cancer Prevention*. 2007; 11.
4. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Regular review: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000; 321(7257):355-358.
5. Edwards G, Arif, Hogson R. Nomenclature et classification des problemes liés à la consommation de drogue et alcohol. *Mémoire OMS. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*. 1982; 60:499-520.
6. Cordoba R, Ortega R, Cabezas C, Fores D, Nebot M, Robledo T. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria*. 2001; 28(Supl 2):27-41.
7. Guidelines for Smoking Cessation. National Health Committee and Health Funding Authority&Cancer Society New Zealand. 2002;URL disponible a: <http://www.nzgg.org.nz>.
8. Un tratado internacional para el control del tabaco. OMS. 2003;URL disponible a: <http://www.who.int/features/2003-08/es/>.
9. Plan Nacional Sobre Drogas: Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas 2003. URL disponible a: <http://www.Pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>. 2003.
10. Plan Nacional Sobre Drogas: Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias. 2004. URL disponible a: <http://www.Pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>. 2004.
11. Dossier informatiu. Dia Mundial sense tabac. URL disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/dmt2006.pdf>. 2006.
12. Salto E, Villalbi JR. Dimensions del problema del tabaquismo a Catalunya. URL disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/monogt.pdf>. 2007.
13. Casas J, Lorenzo S, Lopez JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y mantenimiento. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107:706-710.
14. Diaz E, Villalbi JR, Nebot M, Auba J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)*. 2007; 110:334-339.
15. Organizació Mundial de la Salut (OMS). Tobacco or health. A global status report. Geneve. World Health Organization. 1997.
16. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Washington. 2004.
17. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Vol. 28. Lyon. IARC Monographs. 2002.

18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Office on Smoking and Health Disponible en: www.cdc.gov. 2006.
19. Nogué S. Niños frente al humo: un combate desigual. *Med Clin (Barc)*. 1997; 108:16-18.
20. Nebot M, Lopez MJ, Tomas Z, Ariza C, Borrell C, Villalbi JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control*. 2004; 13(1):95.
21. Salleras L, Pardell H, Jane M, Salto E, Cabezas C, Marin D. *Dona i tabac*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya. 2001.
22. Samet JM. Health benefits of smoking cessation. *Clin Chest Med*. 1991; 12:669-679.
23. Pardell H, Salto E, Salleras L. *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Panamericana Madrid. 1996.
24. Christen AG. The impact of tobacco use and cessation on oral and dental diseases and conditions. *The American Journal of Medicine*. 1992; 93(1, Supplement 1):S25-S31.
25. Rodriguez F, Hernandez R, Graciani A, Banegas JR, Rey J. La contribución del tabaco y otros hábitos de vida a la mortalidad por cáncer de pulmón en España de 1940 a 1988. *Gac Sanit*. 1994; 8:272-279.
26. Novello AC. Surgeon General's Report on the health benefits of smoking cessation. *Public Health Report*. 1990; 105:545-548.
27. *Smoking Cessation Guidelines for Scotland: 2004 Update*. NHS Health Scotland and ASH Scotland. 2004.
28. Cabezas C, Robledo T, Marques F, Ortega R, Nebot M, Megido M et al. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria*. 2005; 36 (sup):27-46.
29. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service June. 2000.
30. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993; 88(8):1127-1135.
31. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86(9):1119-1127.
32. Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS. Septiembre. 2003.
33. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51(3):390-395.
34. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA*. 1989; 261(1):75-79.
35. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J*. 1979; 2(6184):231-235.
36. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD000165.
37. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Rusell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *J Gen Pract*. 1999; 49(445):611-616.

38. Cabezas C, Grupo ISTAPS. El estudio ISTAPS. En: Bolivar B, Cabezas C, Nin E, Violan C. Estudios multicentricos en Atención Primaria de Salud. Fundació Jordi Gol i Gurina. 2006.
39. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD003999.
40. Marin D. Clínica del fumador 1. Detección y diagnóstico. *ROL.* 1998; 234:11-16.
41. González J. Clínica del fumador: Terapéutica y seguimiento. *ROL.* 1998; 234:17-20.
42. Ballve JL, Monteverde X, Zarza E, Fernandez C, Perez J, Murillo C et al. Terapéutica: El tratamiento actual del tabaquismo en atención primaria. *Medicina Integral.* 2000; 35:72-80.
43. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med.* 1991; 324(11):739-745.
44. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *Ann Intern Med.* 2006; 145:845-856.
45. Raw M, Anderson P, Batra A, Dubois G, Harrington P, Hirsch A et al. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tob Control.* 2002; 11(1):44-46.
46. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills E. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2006; 6(1):300.
47. Jane M, Martinez C, Altet N. Guia clínica per promoure l'abandonament del consum de tabac durant l'embarás. Departament de Salut. 2006.
48. Coleman T, Britton J, Thornton J. Nicotine replacement therapy in pregnancy. *BMJ.* 2004; 328(7446):965-966.
49. Hotham ED, Gilbert AL, Atkinson ER. A randomized-controlled pilot study using nicotine patches with pregnant women. *Addictive Behaviors.* 2006; 31(4):641-648.
50. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD000146.
51. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD000031.
52. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: a review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs.* 2000; 59(4):1007-1024.
53. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomized study. *Eur Heart J.* 2003; 24(10):946-955.
54. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD006103.
55. United States Preventive Service Task Force (USPSTF). Counseling to prevent tobacco use. Guide to clinical preventive services. 2a ed. Baltimore. Williams Wilkins. 2005.
56. A Royal College of Physicians. Smoking and the Young. A Report of a Working Party of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians. (Summary in *J Roy Coll Phys Lond* 1992; 26:352-356). 1992.
57. NHMRC Working Party. The Health Effects of Passive Smoking. Canberra: National Health and Medical Research Council Draft Report. 1995.
58. Chilmonczyk BA, Salmun LM, Megathlin KN, Neveux LM, Palomaki GE, Knight GJ et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. *N Engl J Med.* 1993; 328(23):1665-1669.

59. Health Care Guideline: Tobacco Use Prevention and Cessation for Infants, Children and Adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement. 2005;[Data d'accés: 20 febrer 2007] URL disponible a: <http://www.icsi.org>.
60. Salleras L, et alt. Guia per a la prevenció i el control del tabaquisme des de l'àmbit pediàtric. Departament de Sanitat i seguretat social Generalitat de Catalunya. 2003.
61. Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. *Am J Public Health*. 2000; 90(9):1459-1462.
62. Health Care Guideline: Tobacco Use Prevention and Cessation for Adults and Mature Adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement. 2004;[Data d'accés: 20 febrer 2007] URL disponible a: <http://www.icsi.org>.
63. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. *Thorax*. 1998; 53 Suppl 5 Pt 1:S1-19.
64. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C et al. Randomized clinical trial of the efficacy of bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(4):729-735.
65. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Hershman SJ et al. Safety and Efficacy of the Nicotine Patch and Gum for the Treatment of Adolescent Tobacco Addiction. *Pediatrics*. 2005; 115(4):e407-e414.
66. Salto E, Jane M, Pardell H, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Enfermedades Respiratorias y tabaquismo. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003; Sup 1:30-37.
67. Castellanos E, Muñoz MI, Nebot M, Paya A, Rovira MT, Planasa S et al. Validez del consumo declarado de tabaco en el embarazo. *Aten Primaria*. 2000; 26:629-632.
68. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD001055.
69. Jane M, Nebot M, Badi M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC et al. Factores determinantes del abandono del hábito tabáquico durante el embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114(132):135.
70. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax*. 2000; 55(12):987-999.
71. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res*. 2004; 6 Suppl 2:S189-S202.
72. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, Hartsock SA, Hartmann KE, Helton M et al. Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. *J Am Board Fam Pract*. 2004; 17(4):264-275.
73. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, de Granda JI, Lorza JJ, Alonso J et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2001; 37:382-387.

Annexos

Annex 1. Com ajudar a decidir-se i motivar

Primer: decidir-se

- És fàcil dir "he" de deixar de fumar.
- Costa més "decidir-se a fer-ho.
- En fumar adquireu un hàbit. Però també una doble dependència psicològica i física.
- Psicològicament necessiteu encendre i fumar una cigarreta en determinades situacions i moments del dia.
- A més, el cos s'ha acostumat a la nicotina del tabac i necessita per " funcionar " la quantitat que diàriament li administra. És la seva dependència física en tabac.
- Deixar de fumar significa suprimir la nicotina i, per tant, patir durant els primers dies "síntomes d'abstinència", com nerviosisme, irritabilitat, insomni, més gana, etc.
- En decidir-se a deixar de fumar s'ha de preparar per vèncer aquests frens.

Seguretat que podeu aconseguir-ho i nosaltres podem ajudar-vos

- Qualsevol persona pot aconseguir-ho sense importar l'edat, l'estat de salut o l'estil de vida. La decisió de deixar de fumar i les seves possibilitats de tenir èxit depenen en gran manera de quan es desitja no fumar.

Més de la meitat de les persones que fumen, aconsegueixen deixar-ho definitivament.

Deixar de fumar és possible!

- Si alguna vegada heu intentat deixar de fumar, sabeu que no és fàcil, però que molta gent ho ha aconseguit.
- La nicotina és una droga que causa una addicció fàcil de vèncer, i, en alguns casos, pot arribar a ser tan addictiva com la cocaïna i l'heroïna. Alguns segons després de donar-ne una pipada, la nicotina arriba al cervell i allà es produeixen substàncies químiques que fan que el cos desitgi més tabac.
- Es necessita més d'un intent per deixar-ho, en algunes ocasions.
- Com a professionals sanitaris que ajudem la gent a deixar de fumar sabem que es necessita esforç. La gent, en general, intenta deixar de fumar de 2 a 3 vegades, o més, abans d'aconseguir-ho definitivament. Els estudis científics indiquen que cada intent de deixar de fumar prepara la persona per a la pròxima vegada; ja que aprendre sobre les coses que es donen i no ajuden a deixar de fumar.

Si, per exemple, fa que fumeu 15 anys, uns 20 cigarrets al dia, haureu fumat més o menys 109.500 cigarretes. Un fumador mitjà aspira unes 200 calades cada dia, tots els dies de l'any, això fa que aquest moviment es realitzi de forma inconscient, moltes vegades sense adonar-se'n.

Deixar de fumar és possible!

Qualsevol persona pot deixar de fumar sense importar l'edat, l'estat de salut o l'estil de vida, però, si alguna vegada ha intentat fer-ho, ja sap que és difícil. Això es deu a l'acció de la nicotina, que és la droga que conté el tabac.

Seguretat que **a la vostra vida heu superat amb èxit situacions molt més complicades.**

Penseu en alguna i utilitzeu la vostra experiència. Els professionals sanitaris del vostre centre d'atenció primària també sabem que teniu les vostres dificultats, però que podem ajudar-vos.

Moltes de les persones que fumen aconsegueixen deixar-ho definitivament, podeu ser-ne una.

Primer de tot és: DECIDIR-SE!

Moltes raons al vostre favor

Penseu tot el que guanyareu en deixar el tabac. Molt aviat **notareu** com us sentiu més àgil i menys cansat, disminueix la tos i el mal de cap, respireu més fàcilment, millora la circulació sanguínia, recupereu el sentit del gust i de l'olfacte, millora l'alè i l'equilibri natural de la pell, i poden millorar les relacions sexuals.

Quant tarda el cos a recuperar-se?

12 hores	La sang és lliure de monòxid de carboni
2 dies	La nicotina i els seus derivats desapareixen del cos
3 mesos	Els pulmons recuperen la capacitat de netejar-se per si mateixos
1 any	El risc de morir per malaltia del cor es divideix per la meitat
10 anys	El risc de càncer de pulmó s'ha reduït a la meitat i continua baixant.

En general **gaudireu de més bona salut**, reduïreu el risc de **càncer**, de bronquitis o d'infart i podreu practicar esports **amb** més facilitat.

Però també **hauran guanyat els que us envolten**. Perquè en deixar de fumar respecteu el dret a l'aire pur dels fills, familiars, amics o companys. I si esteu pensant a tenir fills, el benefici per al futur n'és fonamental.

I guanya també en la vostra pròpia independència, en recuperar el control de la part de la vostra vida que depenia del tabac i estalviar molts diners (més de 700 € cada any).

Deixar de fumar suposa tenir beneficis en tots els moments de la vida, fins i tot quan ja han aparegut malalties greus.

Preparant el canvi

- Podeu introduir canvis: comprar paquet a paquet, no "cartrons" i comprar cada vegada una marca de tabac diferent.
- Practicar amb les ganes de fumar: intentar endarrerir tant com sigui possible algunes cigarretes: per exemple, la primera cigarreta del dia i la de després dels **àpats**.
- Canviar de lloc els **objectes** relacionats amb el tabac (cendrers, encenedors, etc.).
- Segons el consum, intentar passar el dia, el matí, o tota la jornada laboral amb un consum determinat.
- Si heu de sortir de casa per un parell d'hores aproximadament, deixeu el tabac a casa.

Augmentar els espais i les activitats lliures de fum

Comprometeu-vos a no fumar:

- En parlar per telèfon
- Quan conduïu
- En llegir o escriure
- En veure la televisió

També podeu decidir un lloc concret, dins de la seva casa, per fumar. Un lloc on no faci cap altra activitat, que sigui únicament per fumar.

Si feu això, quan deixeu de fumar, la majoria de llocs i activitats habituals ja no les **relacionareu** amb la cigarreta i això us **facilitarà** deixar-ho.

Per trencar el costum podeu fer un registre de totes les cigarretes fumades durant el di. Cal escriure l'hora en què es fuma, que estàveu fent (telefona, treballar...) i les ganes que teníeu de fumar-la: des d'1 creu poques a tres creus moltes. És important fer el registre un dia laborable i un dia festiu pensar com enfrontar-se a aquests moments sense cigarretes.

Traducció del quadre:

- Dia laborable/dia festiu
- Hora
- Importància
- Què feia? Situació?
- Estratègia d'evitació/alternativa

Annex 3. Consells per controlar el pes

- Augmenteu el consum de fruites, que porten vitamina C i us ajudarà a eliminar abans la nicotina, verdures (amanides o bullides) i d'hortalisses.
- Mengeu els aliments bullits o a la planxa.
- Aproveu el canvi de vida que suposa la cessació del consum de tabac per fer més activitat física.
- Mengeu de 2 a 3 peces de fruita al dia. Eviteu les que tenen un contingut abundant en sucre: plàtan, raïm, figues, cireres, nespres, xirimoies...
- Beveu molta d'aigua, d'1,5 a 2 litres al dia.
- Consumiu verdures i hortalisses en abundància.
- Escolliu aliments amb poc greix.
- Repartiu l'alimentació en 5 menjades al dia: berenar, mig matí, dinar, berenar i sopar. No alterneu períodes en dejú amb àpats abundants.
- Disminuïu el consum de carns vermelles i augmenteu el de peixos.
- Eviteu o limiteu el consum d'aliments fregits o cuinats amb molt de greix.
- Eviteu menjar abundants i prendre aliments com conserves en vinagre, salaons, espècies i aliments fregits perquè estimulen el desig de fumar.
- Eviteu menjar entre hores aliments amb moltes calories
- Reduïu el consum de sucre.

Annex 4. Tècnica per mesurar el monòxid de carboni en aire espirat

Mètode per fer la prova

El pacient ha de contenir la respiració durant 20 segons, després ha d'expulsar tot l'aire de forma sostinguda (posar una mà darrere del broquet per comprovar el flux de l'aire fins haver expulsat tot l'aire. Animar el pacient en tot moment que expulsi l'aire fins al final.

La quantitat de CO en aire espirat (després de 20 segons) està en un equilibri aproximat amb el percentatge de carboxihemoglobina en sang. Al cap de pocs moments s'obté una lectura digital del nivell de CO. El no fumadors obtenen unes xifres menors de 10 ppm. Si una persona ha fumat durant les hores anteriors a la realització del test s'obtenen gairebé sempre unes xifres superiors a 10 ppm. Els fumadors regulars de 10 a 20 cigarretes al dia obtenen xifres entre 20-30 ppm. El fumadors importants poden obtenir valors de 30,40 o més de 50 ppm.

Quan es fa?

La medicació s'ha de fer a la tarda, idealment, entre les 18 i 21 hores, ja que els nivells de CO baixen a la nit i continuen encara baixos al matí, per la qual cosa és molt important que la prova es faci a la tarda.

Com es valoren els resultats?

El nivell de tall habitual per valorar l'estat de fumador en un dia determinat és de 10 ppm. Valors menors de 10 indiquen que no s'és fumador i valors superiors a 10 ppm indiquen que s'ha fumat en les 12 o 24 hores anteriors. La pràctica clínica recomana no discutir amb la persona que diu que no ha fumat en aquell dia encara que els valors siguin superiors a 10 ppm. És millor cercar possibles explicacions en un ambient de confiança i repetir la prova en una altra ocasió. En els casos que la persona afirmi repetidament que no fuma i els valors de CO siguin alts es poden investigar altres causes. Per exemple, pot haver-hi una interferència creuada amb l'alcohol i l'hidrogen i que es donin xifres altes en persones amb malalties que augmentin el nivell d'aquestes substàncies, com per exemple, la intolerància a la lactosa (produceix gas hidrogen en els budells) que afecta d'un 5% a un 15 % dels habitants del nord d'Europa.

Com influeix el tipus de tabac que es fuma?

Els diferents tipus de tabac difereixen en la seva quantitat de CO. Els fumadors de cigars o pipes es poden classificar com a "primaris" (mai no han fumat cigarretes de forma regular) i "secundaris" (els que han canviat de cigarretes a cigars o pipes). Els fumadors de cigars i pipes secundaris poden tenir nivells més alts de CO en el test ja que continuen mantenint el patró d'inhalació que van aprendre en fumar cigarretes.

Com influeix el consum diari?

Les principals diferències en els resultats del test són degudes al nombre de cigarretes que es consumeixen cada dia, malgrat que el patró d'inhalació també té una influència important. Per la qual cosa una persona que fuma 15 cigarretes cada dia pot obtenir valors més alts que un fumador de 30, si inhala més vegades i més profundament cada cigarreta. Es considera de 0 a 10 ppm no fumador, de 11 a 20 ppm fumador lleuger i de 21 a 100 ppm fumador important.

Com influeix el temps que ha transcorregut entre la darrera cigarreta fumada i el temps de realització de la prova?

La vida mitjana de la carboxihemoglobina mentre es dorm és de 5 hores. L'exercici físic accelera el procés d'eliminació. Habitualment després d'un període màxim de 48 hores els nivells d'un exfumador igualen els de un no fumador que viu al mateix entorn.

Influeix el tabaquisme passiu i la contaminació ambiental?

Malgrat que el tabaquisme passiu és un important problema de salut, cal una exposició molt important per alterar la lectura del CO en una persona en més de 2-3 ppm. Per la qual cosa, no és un factor important a l'hora de valorar els resultats d'un test.

La contaminació ambiental poc afectar lleugerament les lectures, per la qual cosa és útil valorar el CO ambiental (atmosfèric) en els individus que es sospiti que aquest factor ambiental pot ser important.

Influeix la feina de la persona?

Alguns treballs com els exposats a nivells alts de tricloroetilè (desengreixant que es metabolitza al fetge a carboxihemoglobina) o de CO, com per exemple les persones en contacte amb grans quantitats de gasos de vehicles.

Manteniment dels aparells:

Anualment s'ha de fer un manteniment de: canvi de piles, comprovació del funcionament, reemplaçament de la peça en forma de T, calibratge, certificació, neteja.

El calibratge s'ha de fer cada 6 mesos

Garanties d'higiene dels aparells:

Cada broquet és d'un sol ús. La peça en forma de T a la qual s'uneixen és la que "atrapa" la mostra d'aire entre dues vàlvules sense retorn. Aquestes dues vàlvules impedeixen que la gent torni a aspirar l'aire a través de la peça en forma de T. Aquestes peces han de ser esterilitzades mitjançant una solució o mitjançant autoclau.

Annex 5: Procés d'elaboració i difusió de la guia pràctica clínica

Per fer la Guia s'han seguit els passos que s'esmenten a continuació.

Selecció de la condició clínica

L'eix central de la Guia és la detecció i tractament del consum del tabac i les actuacions terapèutiques es basen en les recomanacions segons l'abordatge de l'entrevista motivacional i el model del procés de canvi

Va ser responsabilitat de la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS que, entre d'altres guies, va prioritzar aquesta. L'encàrrec va ser realitzar una guia sobre detecció i tractament del consum del tabac. Amb aquesta Guia es pretén garantir als pacients l'accés a un abordatge equitatiu d'aquest problema de salut, basat en la millor evidència científica disponible i reduir, tant com sigui possible, la variabilitat no justificada en la pràctica clínica dels professionals d'atenció primària.

La Guia està adreçada a tots els professionals que treballen a l'atenció primària (metges de família, infermeres, tècnics de salut i treballadors socials) amb la participació en la seva elaboració d'un equip multidisciplinari

El contingut de la Guia i les seves intervencions ha estat aplicada prèviament per professionals d'atenció primària en un estudi multidisciplinari i interterritorial d'àmbit estatal finançat pel FIS (38).

Per incloure la visió dels usuaris, els seus valors i preferències, es van valorar els resultats de diferents grups focals de fumadors (Istaps 2006).

Objectius de la Guia

- 1) Millorar les habilitats dels professionals de atenció primària en la prevenció diagnòstic, tractament i seguiment dels fumadors.
- 2) Optimar el tractament no farmacològic i farmacològic en els pacients amb consum de tabac, implementant els tractaments en els quals l'evidència científica ha demostrat disminució de la morbiditat.
- 3) Establir criteris de seguiment i de derivació en aquesta patologia
- 4) Millorar amb l'aplicació de la Guia, la morbiditat de pacients amb consum de tabac
- 5) Establir indicadors que permeten monitorar el procés de millora.
- 6) No estan previstes les anàlisis de cost econòmic de l'aplicació de les recomanacions.

Metodologia de revisió i síntesi de la literatura biomèdica

El primer pas va ser fer una cerca bibliogràfica de guies i de revisions sistemàtiques sobre tabac i intervencions efectives per a la cessació que estiguessin basades en l'evidència científica. Es van fer cerques individuals a MEDLINE, i també a les bases de dades *National Guideline Clearinghouse* (www.guideline.gov), *Cochrane Collaboration*, *ICSI (Institut for Clinical System Improvement)*, *Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ)*, *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* i a *Medscape* (www.medscape.com).

El període de cerca es va iniciar el mes de gener de 2002. S'ha restringit a articles publicats en català, castellà, francès i anglès. El mes de novembre de 2007 es va completar la cerca dels principals estudis publicats posteriorment, incorporant les recomanacions sobre la vareniclina fetes per diferents agències nacionals i internacionals.

Cada base de dades se ha consultat amb una estratègia de cerca diferent orientada a identificar tant la qüestió estudiada com els diferents tipus de estudi o recomanació.

Las referències considerades han estat avaluades de forma independent per almenys per dos membres del grup amb criteris explícits. Las diferències s'han resolt per consens.

Els documents obtinguts de les cerques van ser els documents base per elaborar la Guia, especialment les guies d'Escòcia i Nova Zelanda. Així mateix, en aquells casos que les guies o revisions sistemàtiques no cobrien tots els aspectes que es volien tractar en la Guia o en aquells casos en què calia actualitzar-les, es van seleccionar els estudis amb un disseny d'assaig controlat i aleatori, o aquells estudis on, com a mínim, s'incorporava un grup a comparar que servia de control. Els criteris d'exclusió han estat les revisions narratives, els estudis amb dissenys de sèries de casos sense un grup a comparar, o sense comparació abans i després, descripció de casos, resums i comunicacions a congressos.

Les definicions dels nivells d'evidència científica i la classificació de les recomanacions utilitzades en aquesta Guia de pràctica clínica són les de la US Agency for Health Care Policy and Research i les que l'ICS va proposar en les normes d'elaboració de les guies encarregades per la Divisió d'Atenció Primària.

El grup redactor va aplicar les recomanacions de l'Instrument Agree en els diferents apartats.

Un panel de 9 experts en tabaquisme, de diferents entitats assistencials, acadèmiques, científiques i institucions representatives del control del tabac han participat de una metodologia formal de consens per arribar a les recomanacions finals.

Es va dividir el treball en temes, cada tema es va assignar a un component del grup de redacció. Posteriorment per a cada tema es va fer una cerca sistemàtica amb les paraules clau corresponents en la literatura amb el següent ordre de prioritat: metanàlisis, assaigs clínics aleatoritzats, estudis de cohorts i casos controls. Si alguna part de tema no era resposta en la cerca s'ampliava .

En cas de no trobar les recomanacions, es va arribar a decisions consensuades pel grup de redacció.

Les definicions dels nivells d'evidència científica i la classificació de les recomanacions utilitzades en aquesta guia de practica clínica es descriuen al principi de la versió extensa de la Guia.

Els formats de presentació d'aquesta Guia són els següents:

- a) **Versió extensa:** és el document base elaborat pel grup de treball, aplicant la metodologia que es comenta en el punt anterior.
- b) **Versió reduïda:** és el resum dels continguts essencials de la versió extensa.
- c) **Consells per als pacients:** inclou el contingut de la Guia, que pot ser d'interès per als pacients o els seus cuidadors, redactat en llenguatge comú.
- d) **Material didàctic:** és un conjunt de diapositives que té per objectiu facilitar la presentació de la Guia en sessió clínica.

Revisió externa

El document elaborat pel grup de treball ha estat revisat per diversos col·lectius de professionals sanitaris (d'infermeria, medicina de família, pediatria i d'altres especialitats, farmàcia i farmacologia) amb la finalitat d'avaluar la qualitat del seu contingut, estructura, utilitat practica i aplicabilitat.

El procés de revisió de la Guia preveu també l'avaluació de la Guia mitjançant l'instrument AGREE, abans d'editar la versió definitiva.

El grup de revisors ha estat format per:

- Rosa Tosquella. Associació Catalana d'Infermeria
- Nuria Fabrellas. Coordinadora de Programes d'Infermeria d'Atenció Primària. Direcció de Processos Cures i Qualitat de l'Institut Català de la Salut.
- Dolors Navarro. Fundació Josep Laporte

- Concepción López. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària Catalunya
- Pere Casan. Societat Catalana de Pneumologia
- Carmen Muiños. CAMFIC
- Joan Lozano .CAMFIC
- Jordi Giner. Societat Catalana de Pneumologia

I els revisors:

- Francesc Abella. Hospital Santa Maria. Lleida
- Elisabeth Ardanza. Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament
- Manel Castella. Unitat de Deshabitació Tabàquica Fundació Ferran. Tortosa
- Sílvia Copetti EAP Centre
- Amparo Gaitano CAP Consell Cent
- Socorro Gonzalez .EAP Camps Blancs
- M. Antònia Llauger CAP Maragall
- Yolanda Ortega. CAP Reus 1
- Ester Pastor. SAP Granollers/Mollet
- Santiago Perez. EAP la Llagosta
- Antònia Ponsoda CAP Eixample
- Josep M. Ramon CAS Bellvitge
- Pere Simonet EAP Viladecans
- Pedro Subias CAP Canet de Mar

També participen en el procés de revisió:

La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, l'Associació Catalana d'Infermeria, la Fundació Josep Laporte, l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya, la Fundació Institut Català de Farmacologia i la Societat Catalana de Pneumologia, i l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM).

L' AATRM ha dut a terme la revisió externa de la qualitat d'aquesta guia mitjançant l'instrument AGREE, la qual cosa no significa necessàriament un assentiment amb el contingut final que, en tot cas, és atribuïble als seus autors i autores.

La versió definitiva de la Guia és la que resulta de la valoració i incorporació dels comentaris dels revisors externs.

Revisió i actualització de la Guia

La Guia es revisarà amb una periodicitat triennial, sempre que els avenços científics no facin necessari un escurçament d'aquest període. Per fer la revisió se seguirà el mateix procediment de la Guia inicial: convocatòria d'un grup d'experts, cerca actualitzada revisada per parells, incorporació de noves recomanacions amb grau d'evidència disponible i de noves estratègies terapèutiques d'eficàcia demostrada.

Difusió i implementació de la Guia

Per tal de garantir la major difusió possible dels continguts de la Guia, els centres d'atenció primària hauran de prioritzar la detecció i tractament del consum de tabac en les seves activitats de formació, recerca i avaluació.

Es prioritzarà, per tant, la realització de sessions clíniques sobre aquest tema, les quals es desenvoluparan com a activitats de formació en servei. Per tal de facilitar aquesta tasca totes

les guies disposen d'una unitat didàctica disponible a la pàgina web (<http://www.gencat.net/ics/professionals/guies>), que conte el material gràfic de suport per al desenvolupament de les sessions clíniques. La persona responsable de Farmàcia del servei d'atenció primària donarà suport tècnic per a la presentació de la sessió a cada centre.

A cada centre hi haurà un responsable de la difusió, aplicació i seguiment de les guies.

Aquesta Guia està disponible en totes les seves versions a l'ECAP.

Declaració de conflicte d'interessos

Les persones implicades en la elaboració de aquesta Guia han declarat l'absència de conflicte d'interès, signant un full respecte d'aquesta qüestió facilitat per l'ICS.

Finançament

La Guia no ha rebut cap tipus de finançament extern per a la seva elaboració.

