

Hospital
del Mar

Parc
de Salut
MAR
Barcelona

Hospital del Mar

Tabaquismo y Riesgo Cardiovascular

Sonia Ruiz Bustillo
Enero 2019



Tabaco: prevalencia mundial

1 billón de fumadores en el mundo

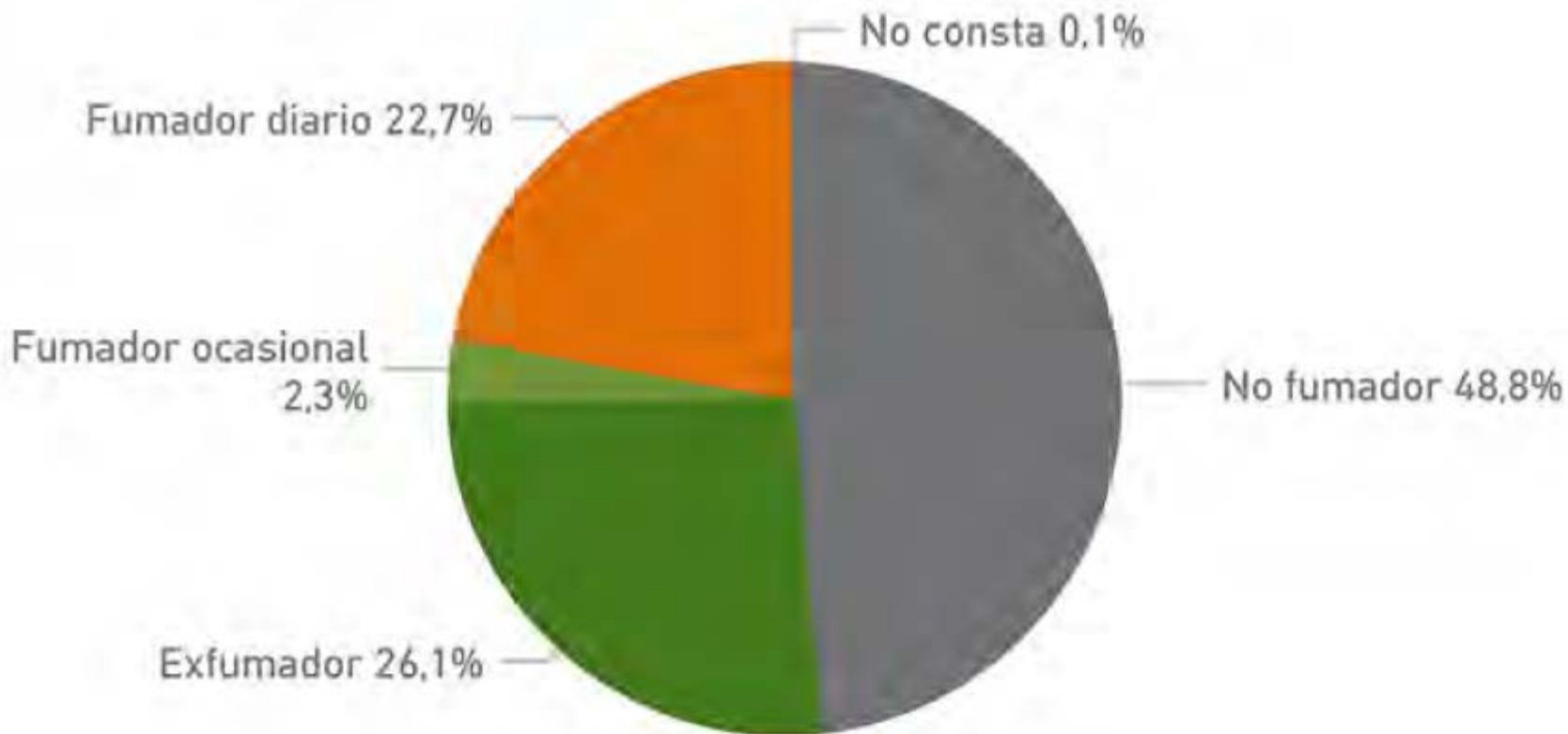
Table 2.

Estimates of tobacco smoking prevalence in world regions.

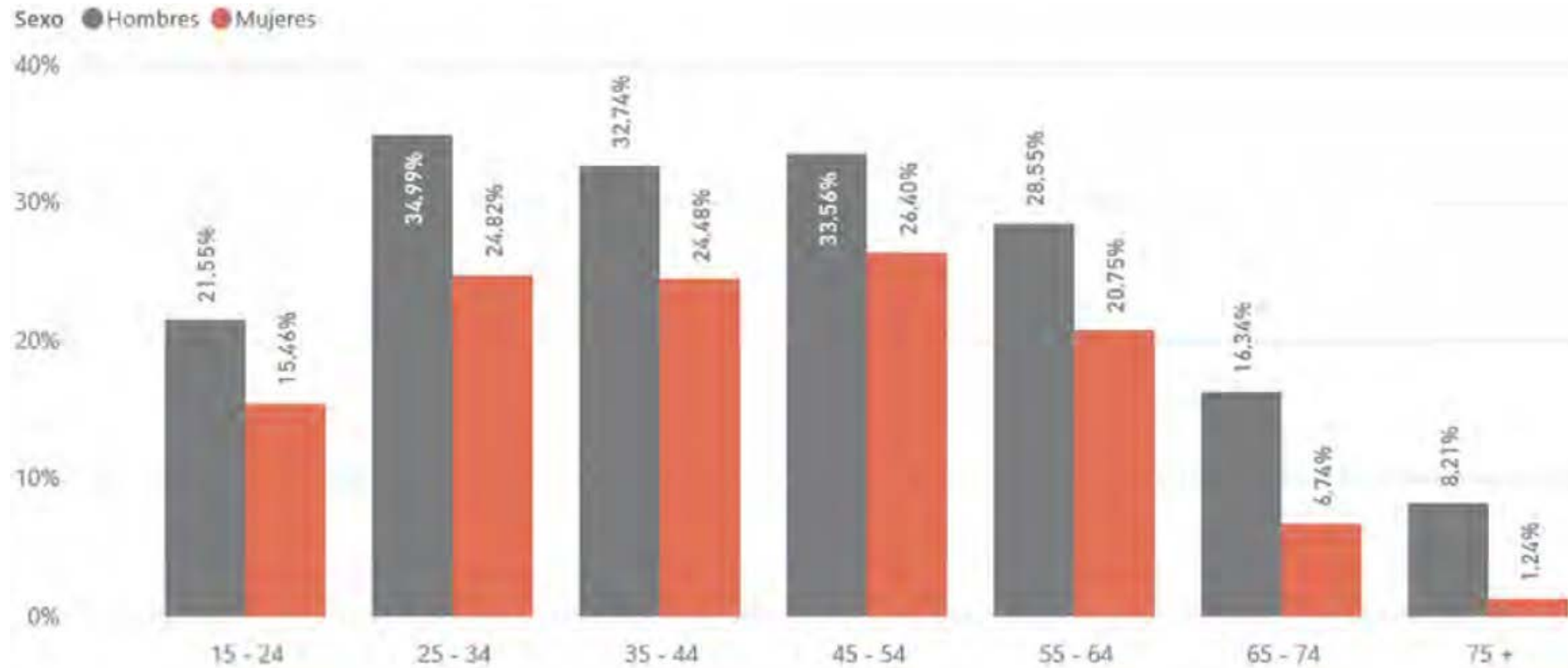
Region	Male prevalence %	Female prevalence %	Overall prevalence %
Africa	23	3	13
Caribbean Central and Northern America	20	4	13
South America	30	15	21
Central Southern and Western Asia	37	4	23
Eastern and South-eastern Asia	45	4	24
Eastern Europe	42	22	31
Northern Europe	28	22	27
Southern Europe	35	24	28
Western Europe	33	24	29
Oceania	43	19	30
World	32	7	23

Note: Current smoking of any tobacco product, adults aged 15 years and older, age-standardised rate, by gender. 'Tobacco smoking' includes cigarettes, cigars, pipes or any other smoked tobacco products. 'Current smoking' includes both daily and non-daily or occasional smoking. From Gowing et al. (2015).

Tabaco: prevalencia en España



Tabaco: prevalencia en España



Tabaco: prevalencia en españa

% MAYORES Y MENORES EN ESPAÑA



PROVINCIAS



COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Riesgo cardiovascular

- Fumar el factor de riesgo cardiovascular más importante
- 40% de la enfermedad cardiovascular es atribuible al tabaco (24% colesterol, 31% hipertensión)
- La relación causal está muy bien establecida
- El riesgo relativo se estima entre 1,5-3

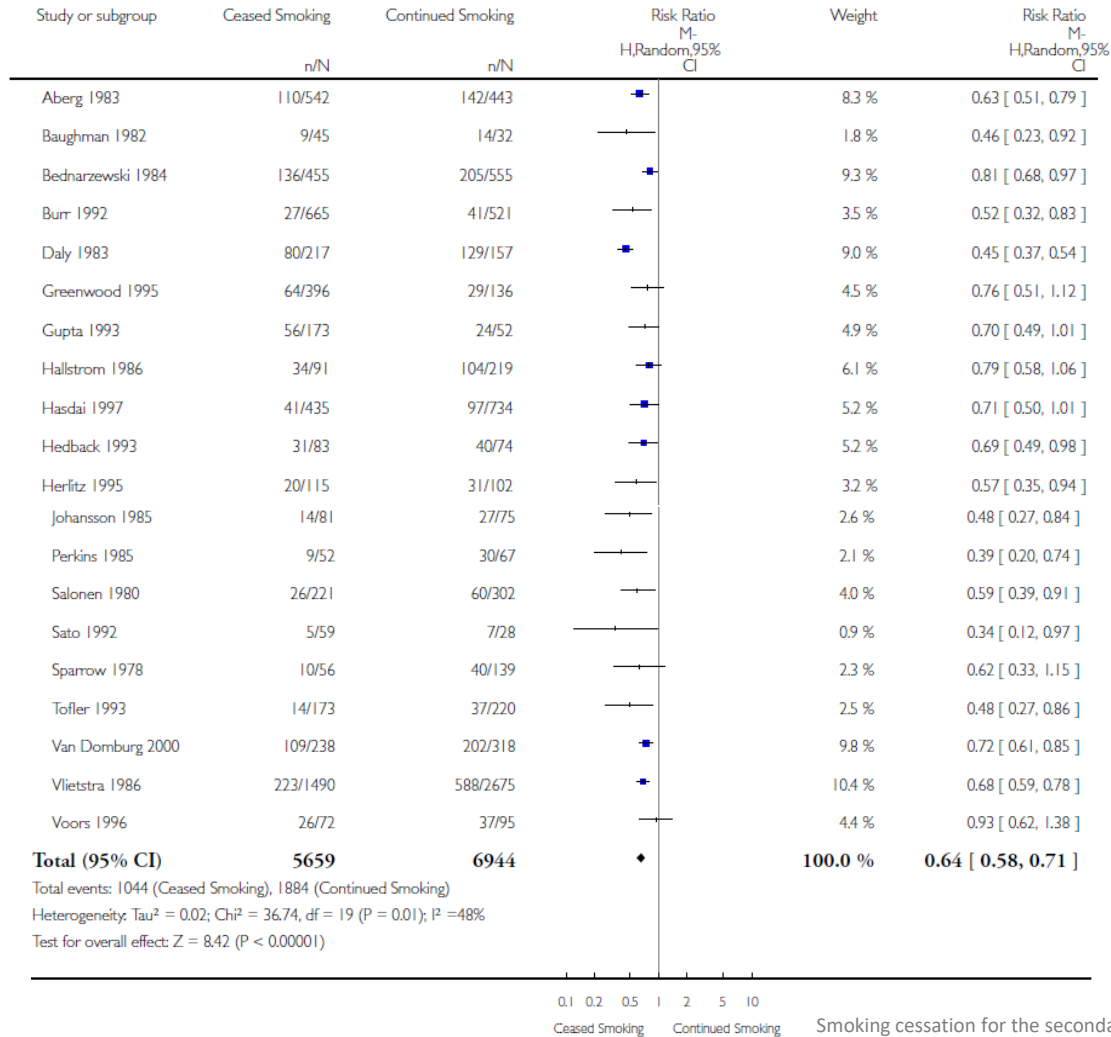
Beneficios del cese del consumo

Analysis 1.1. Comparison 1 Ceased v continued smoking, Outcome 1 Total deaths.

Review: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease

Comparison: 1 Ceased v continued smoking

Outcome: 1 Total deaths



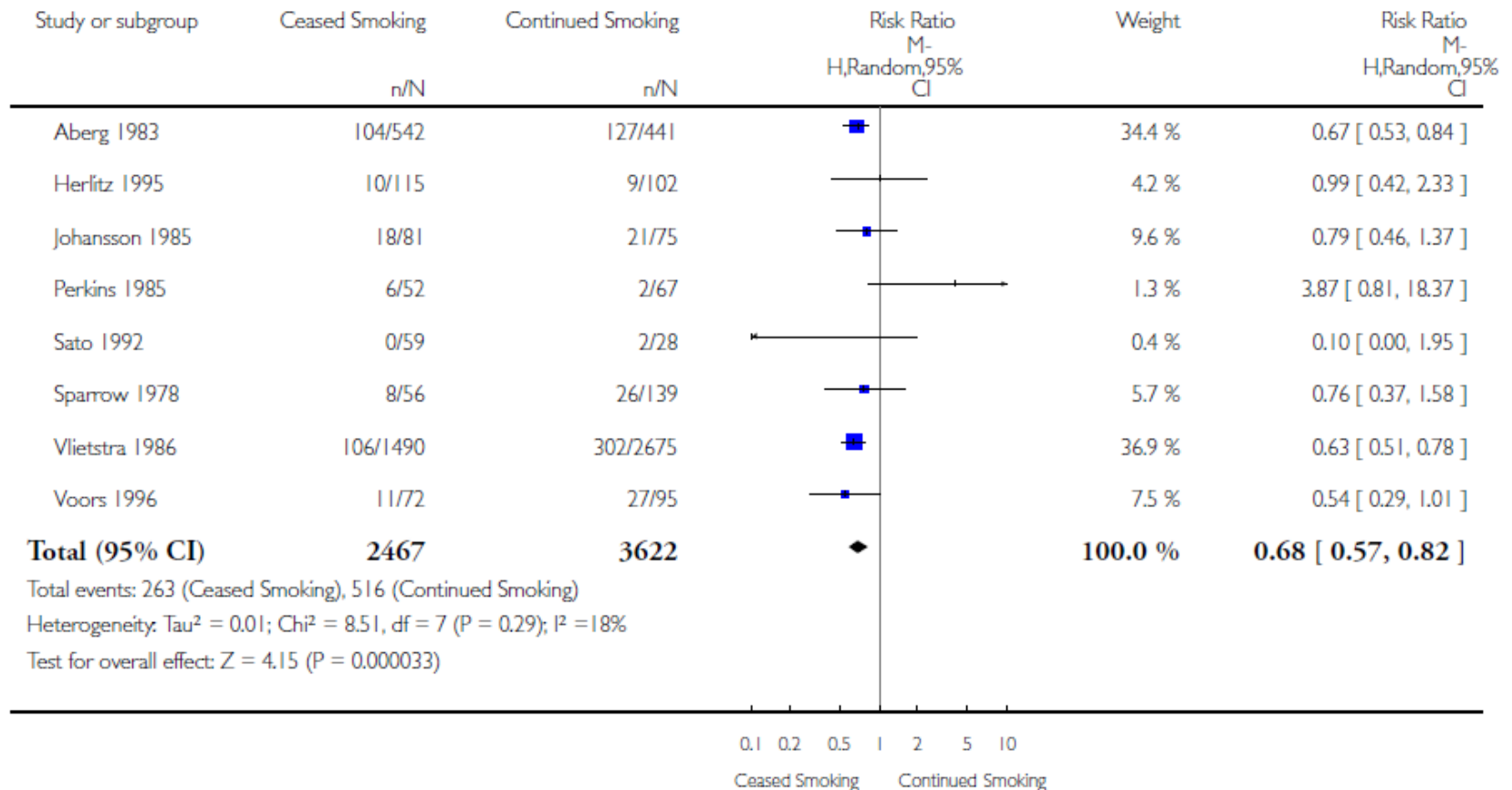
Beneficios del cese del consumo

Analysis 1.3. Comparison 1 Ceased v continued smoking, Outcome 3 Non-fatal myocardial (re-) infarctions.

Review: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease

Comparison: 1 Ceased v continued smoking

Outcome: 3 Non-fatal myocardial (re-) infarctions

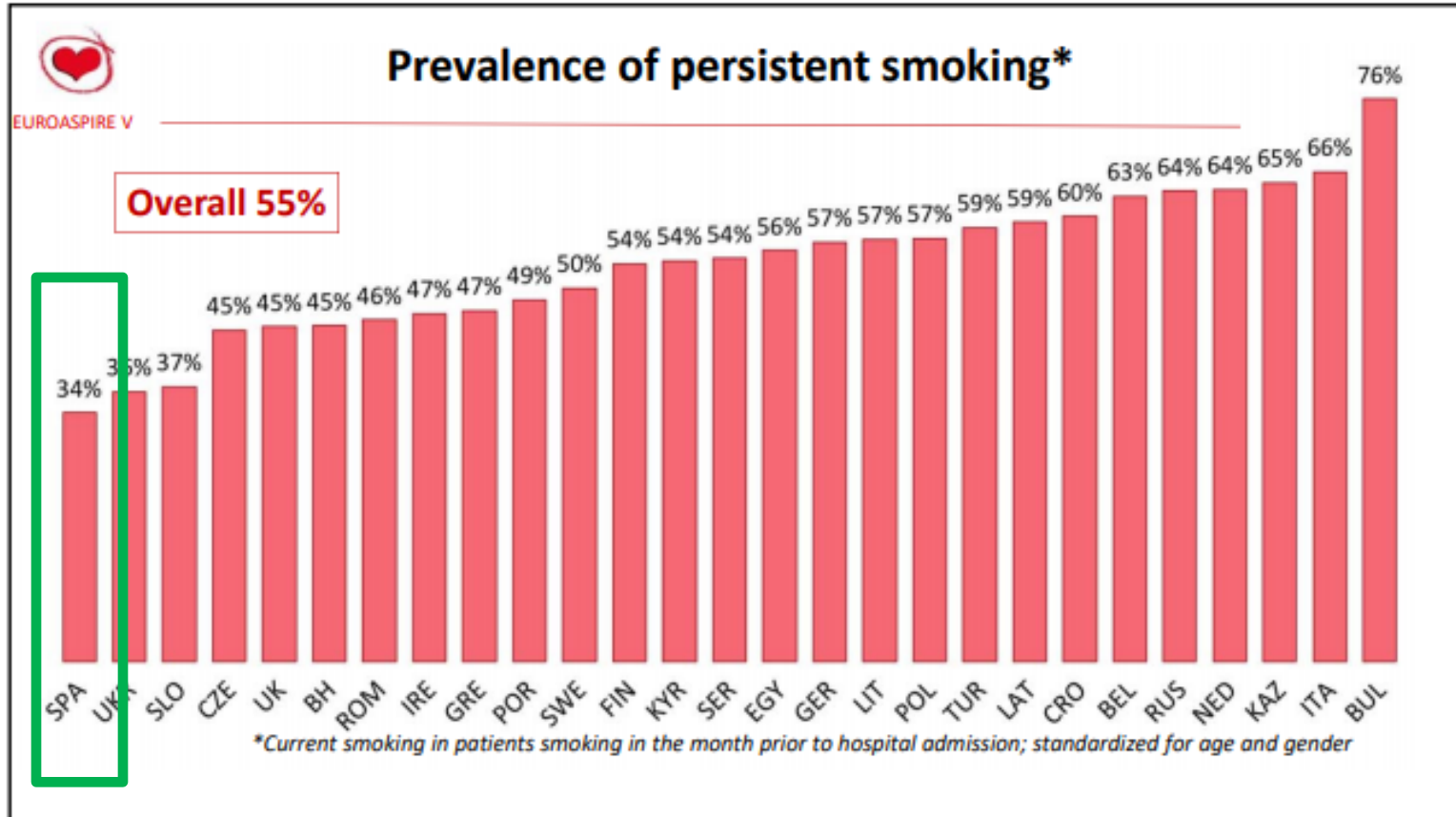


Beneficios del cese del consumo

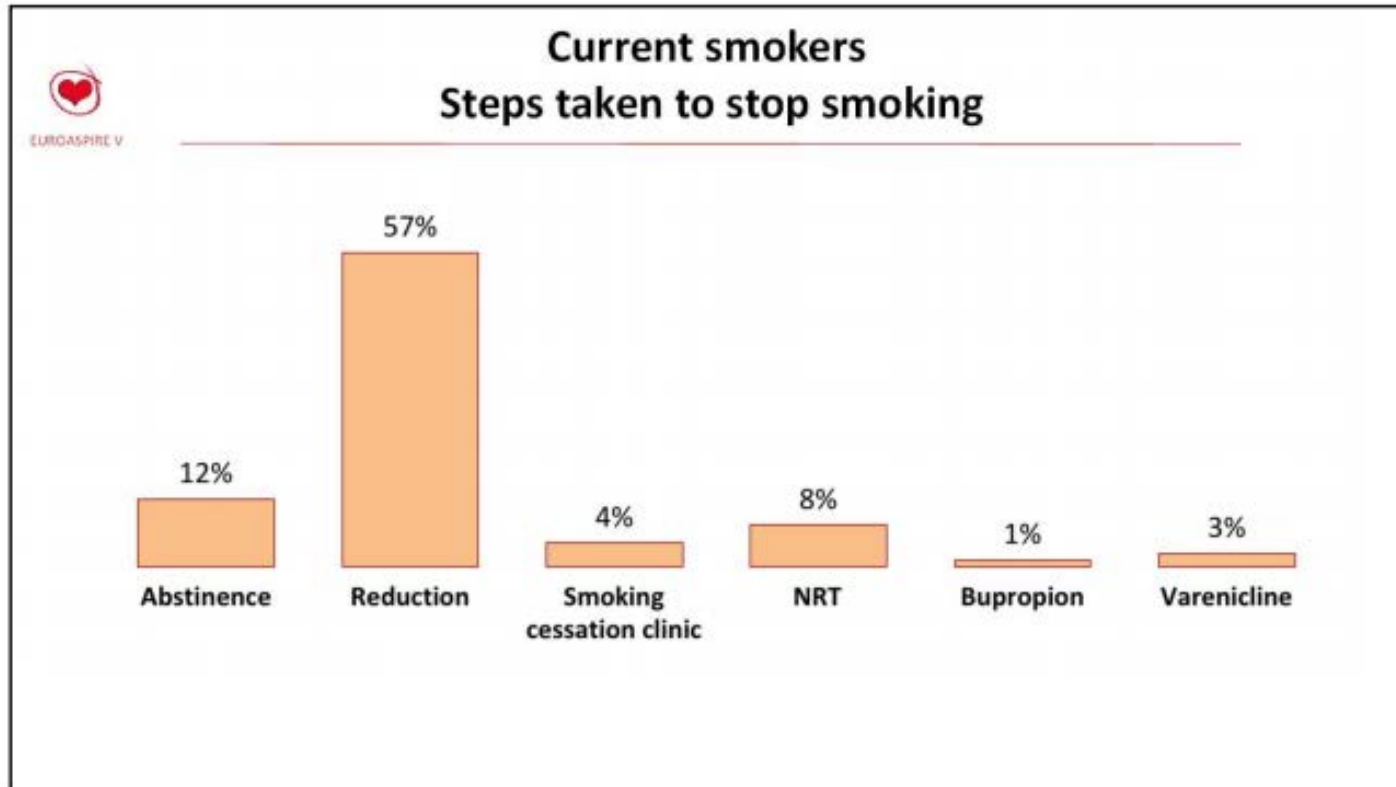
Estudios observacionales estiman que dejar de fumar reduce el riesgo de mortalidad y otros eventos cardiacos en un 50% (reducción del colesterol 35%, reducción HTA 30%)

Dejar de fumar tras un SCA es potencialmente la medida preventiva más efectiva

Situación real



Situación real



Parc de Salut MAR_grupo

Creado el año 1983 con el nombre de Institut Municipal d'Assistència sanitària (IMAS), actualmente es una organización integral de servicios que conforman un gran Parque de Salud con mas de 2500 profesionales.





TRACTAMENT DE L'ADDICCIÓ AL TABAC

Dra. Francina Fonseca
INAD – Parc de Salut Mar

- ❑ Addicció
- ❑ Epidemiologia
- ❑ Mites i barreres
- ❑ Avaluació i Tractament
 - Sensibilització
 - Cessació
 - Reducció

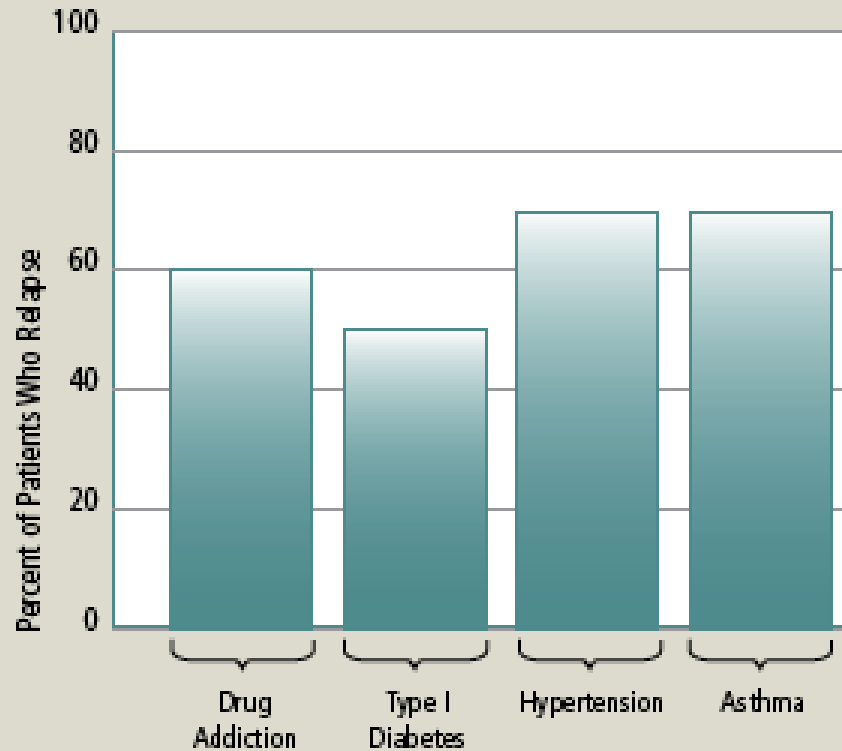
- ❑ **Addicció**
- ❑ Epidemiologia
- ❑ Mites i barreres
- ❑ Avaluació i Tractament
 - Sensibilització
 - Cessació
 - Reducció

Addicció

Malaltia crònica i recidivant

Relapse Rates of Chronic Disease

Comparison of relapse rates in substance abuse treatment to other chronic behavioral diseases (diabetes, hypertension, and asthma).



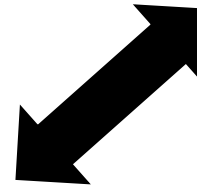
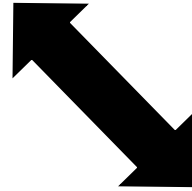
Source: McLellan et al., 2000

Addicció

Subjecte



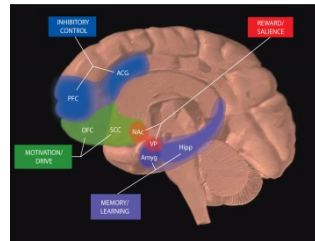
Ambient



↑ Disponibilitat
↑ Acceptació social
Influència dels iguals

Substància

Vulnerabilitat genètica
Comorbilitat Psiquiàtrica
Edat d'inici
Maltracte
Gènere
Raça



Efectes farmacològics, Eufòria,
Tolerància, abstinència

Canvis cerebrals

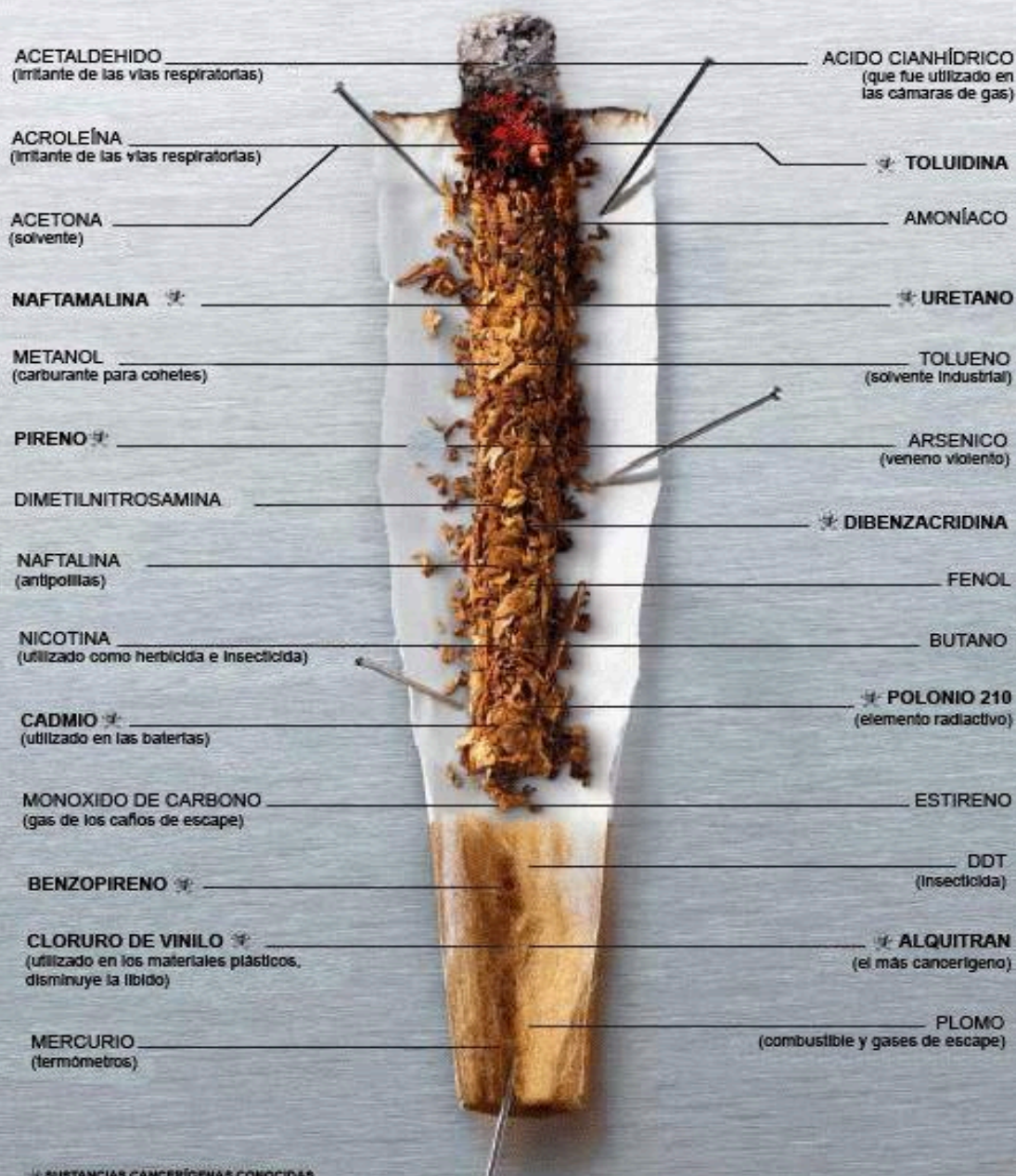
Malaltia addictiva

Motivació

Llibertat d'escollir (voluntat)

Presca de decisions

AUTOPSIA DE UN ASESINO



Components del tabac

NICOTINA

- Alcaloide del tabac
- Afectació
 - Sist. Cardiovascular
 - Ap. Digestiu
 - Sist. Metabòlic
 - Sist. Nervios Central



• ADDICCIÓ

CO

- Gas tòxic
- Afectació
 - Desplaça O₂
 - Artèries



• MALALTIA
CARDIOVASCULAR

QUITRANS

- Partícules combustió
- Afectació
 - Dipòsit ap. respiratori
 - Mutacions



• NEOPLÀSIA

OXIDANTS

- Gasos combustió
- Afectació
 - Arbre bronquial
 - Alveols



• MPOC
• EMFISEMA

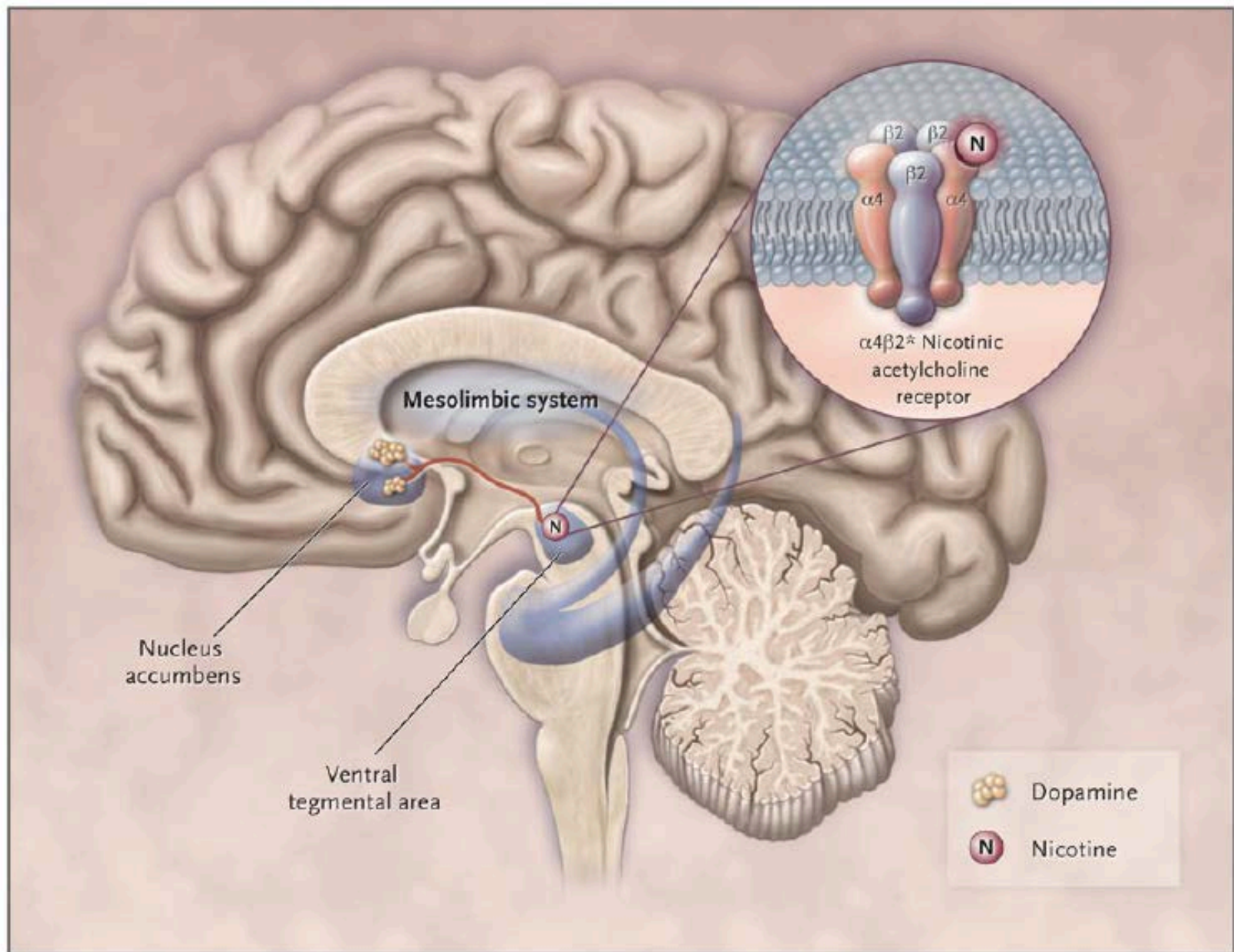


Figure 2. Role of the Mesolimbic Dopamine System in Nicotine Activity
 Nicotine activates $\alpha_4\beta_2^*$ receptors in the ventral tegmental area, resulting in dopamine release in the shell of the nucleus accumbens.

- ❑ Addicció
- ❑ **Epidemiologia**
- ❑ Mites i barreres
- ❑ Avaluació i Tractament
 - Sensibilització
 - Cessació
 - Reducció

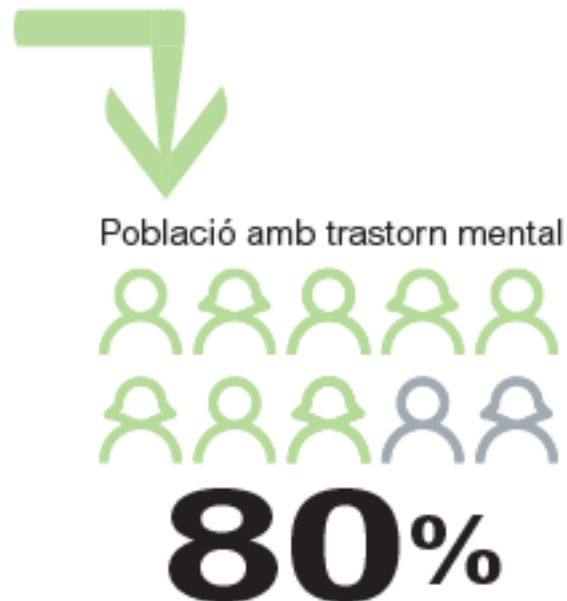
Epidemiologia

Algunes dades de consum

Prevalença a la població general

2017	Diari	Ocasional	Total fumadors
Homes	26,7	3,0	29,7
Dones	16,9	1,6	18,5
Total	21,7	2,3	24,0

Font ESCA 2017. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
Edat: 15 anys i més.



Epidemiologia: Població general

- ❑ Principal causa de mort evitable:
 - ❑ La meitat dels fumadors moriran per alguna malaltia relacionada amb el tabac
 - ❑ Causa de mortalitat més important que VIH, altres substàncies, accidents de trànsit i violència, junts
 - ❑ Cada any moren 6 milions de persones al món a causa del tabac, d'elles 600.000 no són fumadores actives, sinó passives

Epidemiologia

- No hi ha cap quantitat de consum de tabac que es pugui considerar segura i no comporti un dany per a la salut**

Epidemiologia

- **Abandonar el tabac:**
 - Increment de l'esperança de vida
 - Increment de la qualitat de vida

- ❑ Addicció
- ❑ Epidemiologia
- ❑ **Mites i barreres**
- ❑ Avaluació i Tractament
 - Sensibilització
 - Cessació
 - Reducció

MÉDICOS, DURANTE
UN DESCANSO, FUMANDO
EN EL JARDÍN DE
SU HOSPITAL



EMPLEADOS DE UNA
PRODUCTORA TELEVISIVA,
DURANTE UN DESCANSO,
LEYENDO EN LA CALLE



Mites i barreres

- ❑ **Manca de formació**
- ❑ **Idees preformades dels professionals:**
 - Dificultat en assolir l'abstinència
 - Addicció “menor” o tolerada
 - Pensar que hi ha poc interès del pacient

Recomanacions

- ❑ Cal oferir tractament a tots/es pacients fumadors/es
 - ❑ Intervencions breus motivacionals si no volen deixar de fumar
 - ❑ Intervencions basades en l'evidència en aquells que volen deixar de fumar
- ❑ Expansió dels espais sense fum
- ❑ Integració progressiva del tractament del tabac dins les guies de bona praxi

- ❑ Addicció
- ❑ Epidemiologia
- ❑ Mites i barreres
- ❑ **Avaluació i Tractament**
 - **Sensibilització**
 - **Cessació**
 - **Reducció**



CUANDO YO DIGO QUE
EN MI PLANTA
NO SE FUMA
& NO SE
FUMA!

NO, SI ME
VOY
HAGENDO
CARGO

CLOK

scribbles

Avaluació

- ❑ Valoració com la resta de substàncies
- ❑ Interacció amb el consum d'altres substàncies
- ❑ Intents previs d'abandonar el consum
- ❑ Exposició al fum del tabac
- ❑ Preguntar si estan interessats en deixar de fumar

Avaluació: Test de Fagerström

	Punts
1.- Quantes cigarretes fuma al dia? < 15 16-25 > 26	0 1 2
2.- Quina quantitat de nicotina tenen les seves cigarretes? Baixa (< 0,5 mg) Mitjana (0,6 a 1,1 mg) Alta (> 1,2 mg)	0 1 2
3.- Inhala el fum? Mai De vegades Sempre	0 1 2
4.- Fuma més sovint al matí que a la tarda? No Sí	0 1
5.- Temps que passa entre que es lleva al matí i fuma la primera cigarreta: Després d'esmorzar (més de 30 minuts) En despertar (menys de 30 minuts)	0 1
6.- Quina cigarreta li provoca major satisfacció? El primer del dia Qualsevol altra	1 0
7.- Fuma quan està malalt/a? No Sí	0 1
8.- Fuma o té dificultats per a no fumar en llocs públics (hospitals, cinema, metro...) No Sí	0 1
Puntuació total	

Avaluació: Test de Fagerström

- ❑ <2: molt baixa gravetat de l'addicció
- ❑ 3-4: baixa gravetat de l'addicció
- ❑ 5: mitjana gravetat de l'addicció
- ❑ 6-7: alta gravetat de l'addicció
- ❑ >8: molt alta gravetat de l'addicció

Síndrome abstinència tabac

- Síntomes que s'inicien després de 2-3 hores de l'últim consum i el pic s'assoleix 2-3 dies després
 - Desig de fumar
 - Ansietat, tensió, inquietud, frustració, impaciència
 - Somnolència, insomni, malsons
 - Cefalea
 - Increment de la gana i el pes
 - Irritabilitat, hipotímia

Avaluació

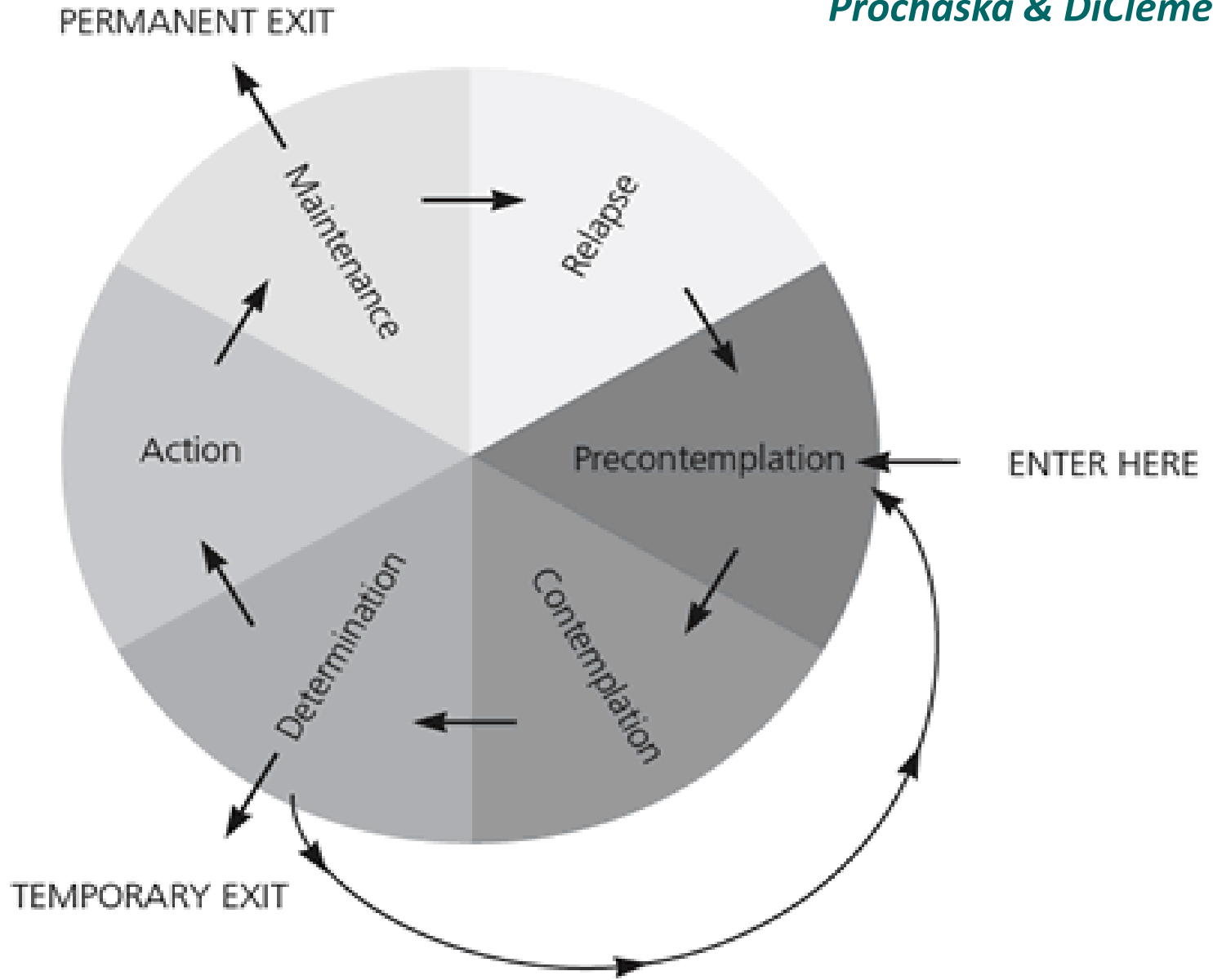
- ❑ Nivells de cotinina en sang, saliva i orina
 - Sensible al consum de tabac durant els últims 7 dies
- ❑ CO en aire expirat
 - Consum a les últimes hores

Sensibilització

- ❑ Promoure un espai de reflexió sobre el consum de tabac independentment del motiu de consulta a tots els fumadors

Estadis del canvi

Prochaska & DiClemente



Sensibilització

Quan fer-la?

- ❑ Pot fer-se en qualsevol moment del tractament
- ❑ No evidències d'empitjorar l'evolució

Sensibilització

Com fer-la?

- ❑ Intervencions de tipus motivacional, consell breu
- ❑ Personal en contacte amb el pacient
- ❑ Guies recomanen intervenció en 5 passos: 5 “A”

Sensibilització

Les 5 “A”

Ask: Analitzar - Anotar

Advise: Aconsellar

Assess: Avaluar

Assist: Ajudar

Arrange: Acordar

Sensibilització

Les 5 “R”

- El programa de les 5 R està dissenyat per aquells pacients que **NO** estan motivats a deixar el tabac:

Relevance: Rellevància

Risks: Riscs

Rewards: Recompensa

Roadblocks: Resistència

Repetition: Repetició

Cessació

Com fer-la?

- ❑ L'addicció a tabac és una malaltia crònica i recidivant
- ❑ Us de fàrmacs amb evidències
- ❑ Recomanació de teràpies combinades

Tractament farmacològic



Tractament farmacològic

CMAJ·JAMC

RESEARCH

Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials

ABSTRACT

Background: Many placebo-controlled trials have demonstrated the efficacy of individual pharmacotherapies approved for smoking cessation. However, few direct or indirect comparisons of such interventions have been conducted. We performed a meta-analysis to compare the treatment effects of 7 approved pharmacologic interventions for smoking cessation.

Methods: We searched the US Centers for Disease Control and Prevention's Tobacco Information and Prevention database as well as MEDLINE, EMBASE and the Cochrane Library for published reports of placebo-controlled, double-blind randomized controlled trials of pharmacotherapies for smoking cessation. We included studies that reported biochemically validated measures of abstinence at 6 and 12 months. We used a hierarchical Bayesian random-effects model to summarize the results for each intervention.

Results: We identified 70 published reports of 69 trials involving a total of 32 908 patients. Six of the 7 pharmacotherapies studied were found to be more efficacious than placebo: varenicline (odds ratio [OR] 2.41, 95% credible interval [CrI] 1.91–3.12), nicotine nasal spray (OR 2.37, 95% CrI 1.12–5.13), bupropion (OR 2.07, 95% CrI 1.73–2.55), transdermal nicotine (OR 2.07, 95% CrI 1.69–2.62), nicotine tablet (OR 2.06, 95% CrI 1.12–5.13) and nicotine gum (OR 1.71, 95% CrI 1.35–2.21). Similar results were obtained regardless of which measure of abstinence was used. Although the point estimate favoured nicotine inhaler over placebo (OR 2.17), these results were not conclusive because the credible interval included unity (95% CrI 0.95–5.43). When all 7 interventions were included in the same model, all were more efficacious than placebo. In our analysis of data from the varenicline trials that included bupropion control arms, we found that varenicline was superior to bupropion (OR 2.18, 95% CrI 1.09–4.08).

Interpretation: Varenicline, bupropion and the 5 nicotine replacement therapies were all more efficacious than placebo at promoting smoking abstinence at 6 and 12 months.

Tractament farmacològic

Tractament substitutiu amb nicotina (TSN)

- ❑ Aprovat en: pegat, xiclet, caramels, esprai nasal i vaporitzador
 - Tots han demostrat eficàcia
 - Selecció en funció de la preferència del pacient
- ❑ La durada és variable, depèn del pacient
 - Baix risc de tolerància i dependència



Tractament farmacològic

Tractament substitutiu amb nicotina (TSN)

□ Pegats

- Utilitzat de forma més freqüent
- Iniciar amb dosis altes: 21-22 mg/dia
 - Si menys de 15 cig/dia iniciar a dosis més baixes 11-14 mg
- Efectes adversos
 - Insomni
 - Irritació pell
 - Nàusees
 - Malsons
- Durada recomanada tractament 6-12 setmanes

Tractament farmacològic

Tractament substitutiu amb nicotina (TSN)

❑ Xiclets, caramels

- Millor a dosis fixes que a demanda (si tractament únic)
- Iniciar a dosis altes (4 mg cada hora i mastegar durant 30 min)
- Efectes adversos
 - Irritació bucal
 - Nàusees
- Durada recomanada tractament 6-12 setmanes
- No prendre aigua ni altres líquids immediatament per alteració del pH
- No utilitzar caramels en fenilcetonúria (conté fenilalanina)

Tractament farmacològic

Tractament substitutiu amb nicotina (TSN)

- ❑ Esprai, inhalador
 - Incrementen la velocitat d'absorció
 - Administrar cada 1-2 hores de 1 mg
 - Efectes adversos
 - Irritació bucal i nasal
 - Rinitis
 - Tos



Tractament farmacològic

Bupropion

- ❑ Tractament de primera línia
- ❑ Tolerància i eficàcia comparables a TSN
- ❑ Dosi habitual 300 mg/dia
 - Es pot combinar amb TSN
 - Iniciar 15 dies abans de deixar de fumar
- ❑ Efectes adversos
 - Cefalea, insomni, sequedat de boca, símptomes gastrointestinals
 - Precaució si història de convulsions



Tractament farmacològic

Vareniclina

- ❑ Està indicada com tractament de primera línia
- ❑ Iniciar el tractament una setmana abans de deixar de fumar
 - Dies 1-3: 0.5 mg/dia
 - Dies 4-7: 1 mg/dia (en dues preses)
 - A partir del dia 8: 2 mg/dia (en dues preses)



Tractament farmacològic

Vareniclina

- ❑ Prendre amb el menjar per reduir nàusees
- ❑ Excreció urinària:
 - No cal ajust de dosi en insuficiència hepàtica
 - Reduir la dosi en cas d'insuficiència renal

- ❑ Mantenir el tractament durant 12-24 setmanes

Tractament farmacològic

Vareniclina

Efectes adversos

Table 1. Varenicline as Compared with Placebo.*

Variable	Varenicline	Placebo
	<i>% of subjects</i>	
Adverse effect		
Nausea	35.8	11.2
Insomnia	22.0	12.7
Abnormal dreams	14.4	5.0
Headache	16.8	14.3
Other gastrointestinal effects†	22.5	11.8
Discontinuation of study drug due to treatment-related adverse event	12.0	8.1

Tractament farmacològic

Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial



Robert M Anthenelli, Neal L Benowitz, Robert West, Lisa St Aubin, Thomas McRae, David Lawrence, John Ascher, Cristina Russ, Alok Krishen, A Eden Evins

Summary

Background Substantial concerns have been raised about the neuropsychiatric safety of the smoking cessation medications varenicline and bupropion. Their efficacy relative to nicotine patch largely relies on indirect comparisons, and there is limited information on safety and efficacy in smokers with psychiatric disorders. We compared the relative neuropsychiatric safety risk and efficacy of varenicline and bupropion with nicotine patch and placebo in smokers with and without psychiatric disorders.

Methods We did a randomised, double-blind, triple-dummy, placebo-controlled and active-controlled (nicotine patch; 21 mg per day with taper) trial of varenicline (1 mg twice a day) and bupropion (150 mg twice a day) for 12 weeks with 12-week non-treatment follow-up done at 140 centres (clinical trial centres, academic centres, and outpatient clinics) in 16 countries between Nov 30, 2011, and Jan 13, 2015. Participants were motivated-to-quit smokers with and without psychiatric disorders who received brief cessation counselling at each visit. Randomisation was computer generated (1:1:1:1 ratio). Participants, investigators, and research personnel were masked to treatment assignments. The primary endpoint was the incidence of a composite measure of moderate and severe neuropsychiatric adverse events. The main efficacy endpoint was biochemically confirmed continuous abstinence for weeks 9–12. All participants randomly assigned were included in the efficacy analysis and those who received treatment were included in the safety analysis. The trial is registered at ClinicalTrials.gov (number NCT01456936) and is now closed.

Findings 8144 participants were randomly assigned, 4116 to the psychiatric cohort (4074 included in the safety analysis) and 4028 to the non-psychiatric cohort (3984 included in the safety analysis). In the non-psychiatric cohort, 13 (1.3%) of 990 participants reported moderate and severe neuropsychiatric adverse events in the varenicline group, 22 (2.2%) of 989 in the bupropion group, 25 (2.5%) of 1006 in the nicotine patch group, and 24 (2.4%) of 999 in the placebo group. The varenicline–placebo and bupropion–placebo risk differences (RDs) for moderate and severe neuropsychiatric adverse events were -1.28 (95% CI -2.40 to -0.15) and -0.08 (-1.37 to 1.21), respectively; the RDs for comparisons with nicotine patch were -1.07 (-2.21 to 0.08) and 0.13 (-1.19 to 1.45), respectively. In the psychiatric cohort, moderate and severe neuropsychiatric adverse events were reported in 67 (6.5%) of 1026 participants in the varenicline group, 68 (6.7%) of 1017 in the bupropion group, 53 (5.2%) of 1016 in the nicotine patch group, and 50 (4.9%) of 1015 in the placebo group. The varenicline–placebo and bupropion–placebo RDs were 1.59 (95% CI -0.42 to 3.59) and 1.78 (-0.24 to 3.81), respectively; the RDs versus nicotine patch were 1.22 (-0.81 to 3.25) and 1.42 (-0.63 to 3.46), respectively. Varenicline-treated participants achieved higher abstinence rates than those on placebo (odds ratio [OR] 3.61 , 95% CI 3.07 to 4.24), nicotine patch (1.68 , 1.46 to 1.93), and bupropion (1.75 , 1.52 to 2.01). Those on bupropion and nicotine patch achieved higher abstinence rates than those on placebo (OR 2.07 [1.75 to 2.45] and 2.15 [1.82 to 2.54], respectively). Across cohorts, the most frequent adverse events by treatment group were nausea (varenicline, 25% [511 of 2016 participants]), insomnia (bupropion, 12% [245 of 2006 participants]), abnormal dreams (nicotine patch, 12% [251 of 2022 participants]), and headache (placebo, 10% [199 of 2014 participants]). Efficacy treatment comparison did not differ by cohort.

Interpretation The study did not show a significant increase in neuropsychiatric adverse events attributable to varenicline or bupropion relative to nicotine patch or placebo. Varenicline was more effective than placebo, nicotine patch, and bupropion in helping smokers achieve abstinence, whereas bupropion and nicotine patch were more effective than placebo.

Published Online

April 22, 2016
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30272-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0)

See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30294-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30294-X)

University of California, San Diego, CA, USA (Prof R M Anthenelli MD); University of California, San Francisco, CA, USA (Prof N L Benowitz MD); University College, London, UK (Prof R West PhD); Pfizer, New York, NY, USA (L St Aubin DVM, T McRae MD, D Lawrence PhD, C Russ MD); GSK, Research Triangle Park, NC, USA (J Ascher MD); PAREXEL International on behalf of GSK, Research Triangle Park, NC, USA (A Krishen MS); and Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA (Prof A E Evins MD)

Correspondence to: Prof Robert M Anthenelli, Department of Psychiatry, University of California, San Diego, Health Sciences, 9500 Gilman Drive, La Jolla, CA 92093-0603, USA
ranthenelli@ucsd.edu

Tractament farmacològic

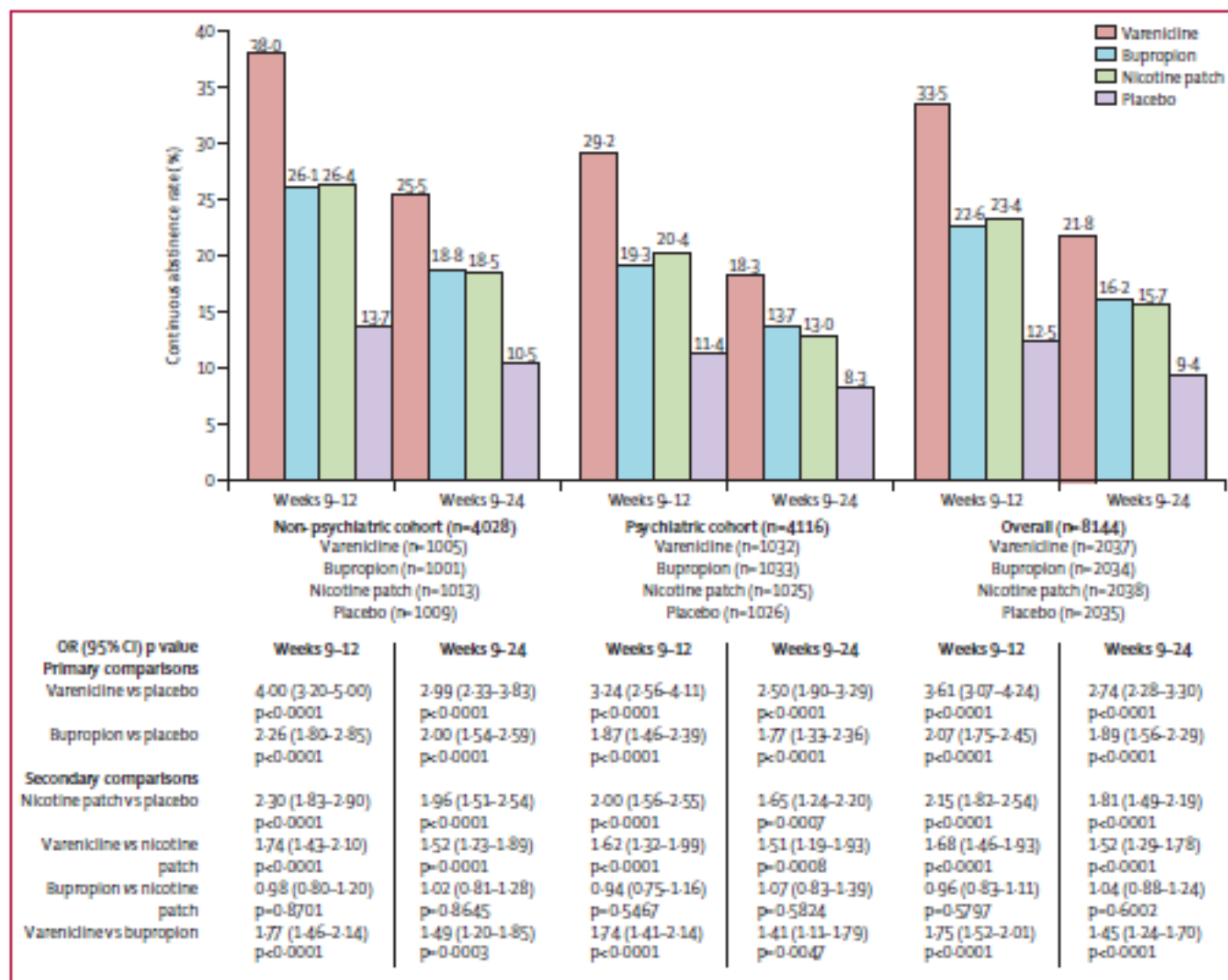


Figure 3: Continuous abstinence rates for weeks 9-12 and 9-24
Analyses based on the all-randomised population. OR=odds ratio.

Tractament farmacològic

	Non-psychiatric cohort† (n=3984)				Psychiatric cohort† (n=4074)			
	Varenicline (n=990)	Bupropion (n=980)	Nicotine patch (n=1006)	Placebo (n=999)	Varenicline (n=1026)	Bupropion (n=1017)	Nicotine patch (n=1016)	Placebo (n=1015)
Psychiatric disorders	315 (32%)	332 (34%)	301 (30%)	259 (26%)	405 (39%)	435 (43%)	420 (41%)	354 (35%)
Abnormal dreams	83 (8%)	47 (5%)	111 (11%)	39 (4%)	118 (12%)	84 (8%)	140 (14%)	53 (5%)
Agitation	32 (3%)	29 (3%)	28 (3%)	25 (3%)	47 (5%)	56 (6%)	39 (4%)	41 (4%)
Anger	3 (<1%)	1 (<1%)	1 (<1%)	3 (<1%)	11 (1%)	4 (<1%)	4 (<1%)	5 (<1%)
Anxiety‡	46 (5%)	64 (6%)	45 (4%)	57 (6%)	86 (8%)	105 (10%)	93 (9%)	63 (6%)
Depressed mood	31 (3%)	13 (1%)	27 (3%)	29 (3%)	47 (5%)	47 (5%)	52 (5%)	52 (5%)
Depression	17 (2%)	13 (1%)	8 (1%)	15 (2%)	49 (5%)	45 (4%)	47 (5%)	46 (5%)
Depressive symptom	5 (1%)	3 (<1%)	2 (<1%)	2 (<1%)	11 (1%)	8 (1%)	12 (1%)	13 (1%)
Initial insomnia	7 (1%)	6 (1%)	10 (1%)	4 (<1%)	15 (1%)	8 (1%)	10 (1%)	2 (<1%)
Insomnia	95 (10%)	126 (13%)	91 (9%)	73 (7%)	94 (9%)	119 (12%)	104 (10%)	66 (7%)
Irritability	34 (3%)	29 (3%)	47 (5%)	37 (4%)	48 (5%)	42 (4%)	61 (6%)	67 (7%)
Major depression	3 (<1%)	0	1 (<1%)	3 (<1%)	7 (1%)	10 (1%)	4 (<1%)	2 (<1%)
Middle insomnia	7 (1%)	15 (2%)	13 (1%)	6 (1%)	11 (1%)	16 (2%)	13 (1%)	8 (1%)
Nervousness	14 (1%)	18 (2%)	11 (1%)	9 (1%)	21 (2%)	19 (2%)	17 (2%)	27 (3%)
Nightmare	9 (1%)	7 (1%)	26 (3%)	3 (<1%)	13 (1%)	9 (1%)	30 (3%)	14 (1%)
Panic attack	2 (<1%)	7 (1%)	2 (<1%)	3 (<1%)	9 (1%)	19 (2%)	13 (1%)	11 (1%)
Restlessness	14 (1%)	14 (1%)	15 (1%)	14 (1%)	17 (2%)	20 (2%)	14 (1%)	9 (1%)
Sleep disorder	31 (3%)	37 (4%)	17 (2%)	19 (2%)	34 (3%)	36 (4%)	28 (3%)	23 (2%)
Tension	2 (<1%)	10 (1%)	2 (<1%)	2 (<1%)	9 (1%)	5 (<1%)	10 (1%)	6 (1%)

Data are n (%)*. As classified by the Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA, version 18.0) in the System Organ Class category of psychiatric disorders and derived preferred terms, and occurring during treatment and at most 30 days after last dose. †All-treated population. ‡As per MedDRA (version 18.0) preferred term Anxiety; this differs from the Anxiety component of the primary composite endpoint, which is a cluster of several MedDRA (version 18.0) preferred terms related to anxiety disorders; the same note applies to other preferred terms in this table (eg, depression, agitation).

Table 4: Mild, moderate, or severe adverse events* coding to the MedDRA category psychiatric disorders reported by at least 1% of participants in any treatment group

Tractament farmacològic

Altres tractaments

- ❑ **Nortriptilina**
 - Bona eficàcia
 - Pitjor perfil d'efectes adversos
- ❑ **Clonidina**
 - Pitjor perfil d'efectes adversos

Tractament farmacològic

❑ **Vacunes**

- Producció d'anticossos que s'uneixen a la nicotina i no travessa la BHE
- S'atura el procés de recompensa
- No evidències de resposta en estudis

Tractament psicològic

- ❑ Les intervencions psicològiques incrementen la probabilitat de deixar de fumar
- ❑ Dosi-dependent:
 - Consell breu: 8%
 - Materials d'auto-ajuda, grup...: 12-14%
 - Intervenció individual: 16.8%
- ❑ Èmfasi en la resolució de problemes, prevenció de recaigudes
- ❑ Major eficàcia si es combina amb farmacoteràpia

Reducció

- ❑ Pas intermig fins assolir l'abstinència completa (*Hitsman et al., 2009*)
- ❑ En poblacions sense comorbiditat ha demostrat que incrementa la possibilitat d'assolir l'abstinència en el futur (*Hughes & Carpenter, 2006*)
- ❑ Reducció del 50% de cigarretes, durant uns 4 mesos
 - Validat amb nivells de CO en aire expirat

Reducció

- ❑ Reducció jeràrquica (*Shapiro et al., 1971*):
 - Eliminar primer aquelles més “prescindibles”
 - Primera setmana: Elaborar registre consum
 - Segona setmana reduir el 25%
 - Tercera setmana reduir el 50%

- ❑ Increment temporal entre cigarretes (*Cinciripini et al., 1995*)
 - Primera setmana: Registre consum i interval mig entre cigarretes
 - Segona setmana, incrementar interval temps 25%
 - Tercera setmana, incrementar interval temps 50%

- ❑ TSN Adjuvant
 - Substituir 1-2 cigarretes per un xiclet o comprimit

Cigarreta electrònica i altres ENDS

- ❑ Electronic nicotine delivery systems
- ❑ Dispositius que serveixen per vaporitzar un líquid format per una barreja de substàncies químiques:
 - ❑ Propilenglicol, glicerina i nicotina → innòcues per via inhalada?
 - ❑ Formaldelhid, acetaldehid i acroleïna → e-cig < cig tradicional
 - ❑ Níquel, plom crom → Ni e-cig > cig tradicional



- ❑ Substàncies cancerígenes
- ❑ Partícules PM2,5 → perjudicials per fumadors i fumadors passius

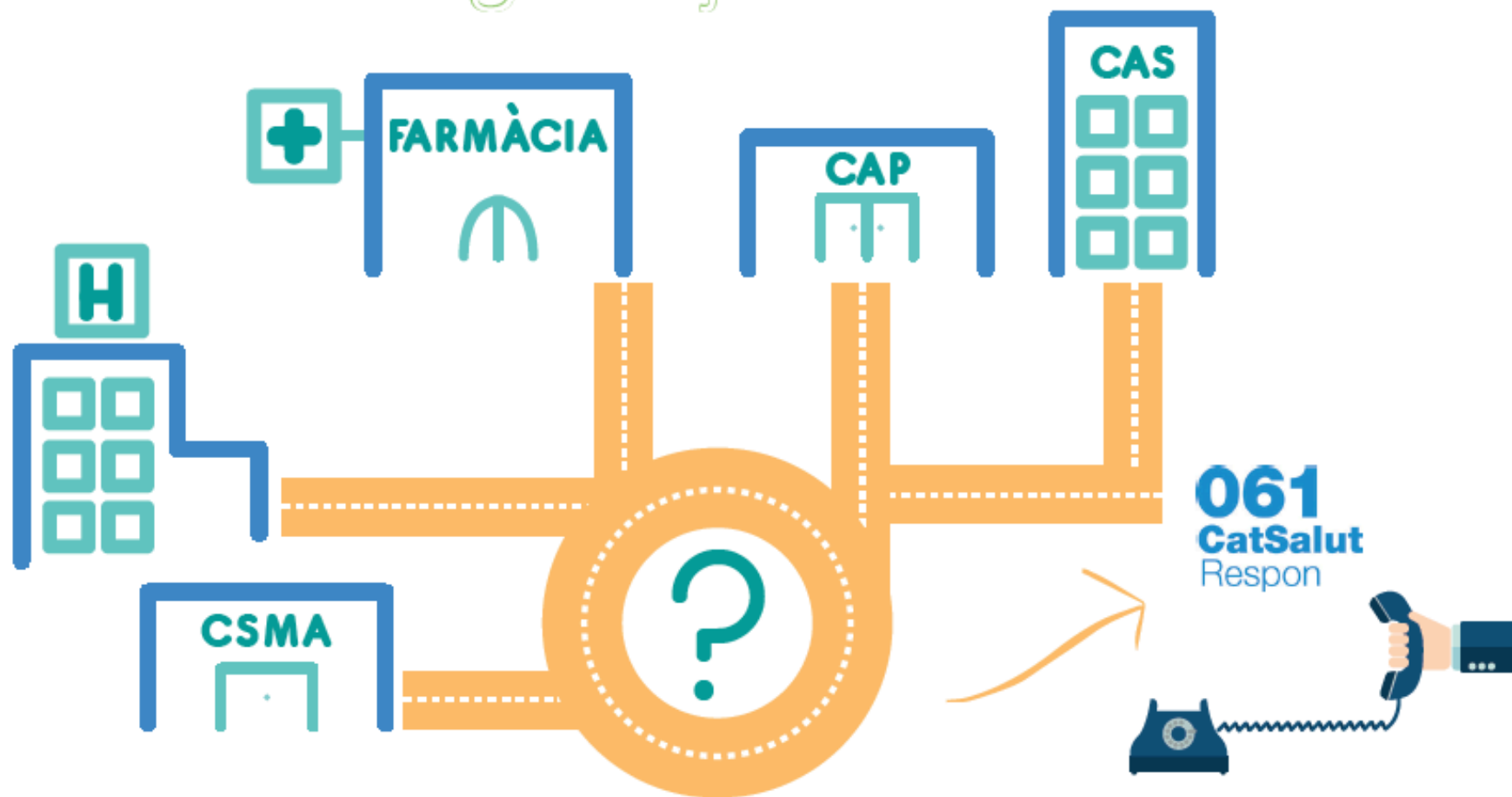
Cigarreta electrònica

- ❑ Alguns estudis mostren que poden ajudar a controlar la síndrome d'abstinència
- ❑ Eficàcia per tractament? → estudis amb limitacions metodològiques



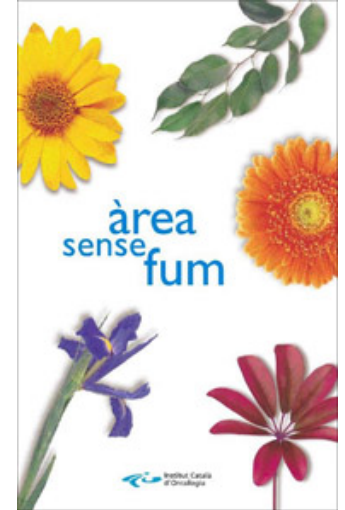
- ❑ Cal que la seva fabricació es reguli com la dels medicaments

Com aconseguir ajuda?



Molts fumadors necessitaran ajuda professional: Pregunta al/la teu/va metge/ssa, infermer/a o psicòleg/a.

Take-home messages



- ❑ L'addicció al tabac és una malaltia crònica i recidivant
- ❑ Disposem de tractaments amb evidència per tractar l'addicció al tabac
- ❑ Oferir suport i tractament sempre
- ❑ No polítiques de tabac amb missatges ambigus
 - ❑ No desencoratjar

Enllaços d'interès

- <http://www.xchsf.com/>
- http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
- <http://www.apna.org/files/public/TobaccoDependenceManualforNurses.pdf>
- <http://smokingcessationleadership.ucsf.edu/Downloads/Steppsudtoolkit.pdf>

**Xarxa
Catalana** | **Hospitals
Sense Fum**

 **Generalitat de Catalunya
Departament de Salut**



