



# GUIA D'ACTUACIÓ EN PACIENTS FUMADORS INGRESSATS EN UNITATS DE SALUT MENTAL



Alguns drets reservats

© 2012, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No-Comercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que no se'n faci un ús comercial i se citi la font i el document original.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita:

Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum. Agència de Salut Pública de Catalunya del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Oncologia.

Primera edició:

Barcelona, novembre de 2013.

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

Cita suggerida:

Ballbè M, Cano M, Contel M, Fera I, Hernández R, Pagerols J, Sanz MT. Guia d'actuació en pacients fumadors ingressats en unitats de salut mental. Barcelona: Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, Institut Català d'Oncologia, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2013.



# AUTORIA I COL·LABORACIONS

---

## Autors

Montse Ballbè i Gibernau. Psicòloga. Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum. Institut Català d'Oncologia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Margarita Cano Vega. Psicòloga. Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme.

Montserrat Contel Guillamon. Psicòloga. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.

Isabel Feria Raposo. Infermera. CASM Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.

Rosa Hernández Ribas. Psiquiatra. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Jordi Pagerols Hernández. Psiquiatre. Centres Assistencials Emili Mira i López. Parc de Salut Mar. Santa Coloma de Gramenet.

M. Teresa Sanz Osorio. Infermera. Consorci Sanitari de Terrassa.

## Col·laboradors

Francesc Bleda Garcia. Infermer. Consorci Hospitalari de Vic.

Eugeni Bruguera i Cortada. Psiquiatre. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Margarita de Castro-Palomino Serra. Infermera. Institut d'Assistència Sanitària. Salt.

Conxi Domínguez Surià. Infermera. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Teresa Fernández Grané. Psiquiatra. Hospital de Mataró. Consorci Hospitalari del Maresme.

Esteve Fernández Muñoz. Metge. Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum. Institut Català d'Oncologia.

Francina Fonseca Casals. Psiquiatra. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Imma Grau Joaquim. Psiquiatra. Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata. Reus.

Antoni Gual Solé. Psiquiatre. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Isabel de Maria de Gaztañondo. Psicòloga. Consorci Sanitari de Terrassa.

Concepció Martí Castellà. Infermera. Hospital de Mollet.

Sílvia Mondon i Vehils. Psiquiatra. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Gemma Nieva Rifà. Psicòloga. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Anna Pla i Sánchez. Infermera i psicòloga. Institut d'Assistència Sanitària. Salt.

M. Cristina Pinet Ogué. Psiquiatra. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

M. Antònia Raich Soriguera. Psicòloga. Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Esteve Saltó Cerezuela. Metge. Servei del Pla de Salut. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Teresa Sarmiento Luque. Psicòloga. Hospital de Mollet.

Susana Subirà Álvarez. Psiquiatra. Fundació Sociosanitària de Barcelona.

Araceli Valverde Trillo. Metgessa. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Joan Viñas Amat. Psicòleg. Hospital Mútua de Terrassa.



# GUIA D'ACTUACIÓ EN PACIENTS FUMADORS INGRESSATS

---

## Índex

1. Introducció	pàg.	5
2. Objectius	pàg.	6
3. Camp d'aplicació	pàg.	6
4. Personal implicat	pàg.	6
5. Recursos	pàg.	7
6. Realització	pàg.	8
6.1. Actuacions al servei d'urgències	pàg.	8
6.2. Actuacions durant l'ingrés	pàg.	8
6.2.1. Actuacions durant l'acollida	pàg.	8
6.2.2. Actuacions durant el procés assistencial	pàg.	9
6.2.3. Actuacions a l'alta i a la derivació	pàg.	10
7. Glossari	pàg.	11
8. Annexos	pàg.	13
9. Referències	pàg.	24

## 1. Introducció

El tabac és una de les principals causes de mort evitable.<sup>1</sup> L'actual Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme (Llei 42/2010) prohibeix fumar als espais interiors i exteriors de les unitats de salut mental hospitalària (exceptuant-ne les unitats de mitjana i llarga estada), de manera que les iguala a la resta d'unitats d'hospitalització d'altres especialitats. Aquesta normativa no solament aporta una normalització envers la diferenciació i la discriminació, sinó que també protegeix la salut tant dels pacients com dels treballadors. El fum ambiental del tabac s'associa a càncer de pulmó, símptomes respiratoris i malalties cardiovasculars.<sup>2,3</sup> Alhora, els pacients amb trastorns mentals greus moren una mitjana de 25-30 anys abans que la població general, en primer lloc, per malalties cardiovasculars i, en segon lloc, per malalties respiratòries.<sup>4,5</sup> Oferir un ambient lliure de fum protegirà la salut d'aquests pacients, millorarà la seguretat pel fet de disminuir el risc d'incendi o de cremades relacionades amb el consum de tabac i/o d'encenedors i, alhora, ens donarà l'oportunitat d'iniciar intervencions de motivació i sensibilització sobre el consum de tabac dels pacients.

La [Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum](#) treballa per avançar en el control del tabaquisme en els hospitals de Catalunya. Dins de la Xarxa, el grup de treball Tabac i Salut Mental, que aplega 28 professionals de la salut mental, ha treballat per definir les actuacions per a una implementació efectiva d'unitats lliures de fum amb aquesta *Guia d'actuació en pacients fumadors ingressats en unitats de salut mental*. Aquest recull de recomanacions sorgeix del consens de tots els autors, que s'han basat en la literatura científica i en la pròpia experiència clínica diària, amb la revisió final de tots els col·laboradors.

Aquesta guia complementa dos documents elaborats anteriorment pel grup. D'una banda, [TABAC I SALUT MENTAL: GUIA DE BONA PRÀCTICA HOSPITALÀRIA](#), que és un compendi de principis generals per a un bon control del tabaquisme en les unitats hospitalàries de salut mental; de l'altra, la [GUIA D'INTERVENCIÓ CLÍNICA EN EL CONSUM DE TABAC EN PACIENTS AMB TRASTORN MENTAL](#), en què s'aprofundeix en la intervenció clínica del consum de tabac en aquests pacients.

Esperem que aquest document serveixi d'orientació per a una implementació correcta i efectiva d'unitats lliures de fum, amb l'objectiu principal de promoure la salut dels pacients.

## 2. Objectius

### Objectiu del document

Definir l'actuació de l'equip multidisciplinari que atén els pacients fumadors ingressats en unitats de salut mental.

### Objectius de les actuacions proposades al document

- Evitar la simptomatologia d'abstinència a la nicotina en els pacients ingressats.
- Sensibilitzar els pacients que ingressen a deixar de fumar o a reduir el consum.
- Derivar a la consulta per cessació tabàquica quan escaigui.
- Afavorir les dinàmiques de l'equip assistencial a les unitats de salut mental sense fum.

## 3. Camp d'aplicació

La població diana són tots els pacients fumadors que ingressin en una unitat d'hospitalització de salut mental.

## 4. Personal implicat

- El personal implicat inclou tot l'equip sanitari que intervingui durant l'ingrés.
- S'aconsella que hi hagi una persona responsable o referent en tabaquisme en cada unitat, departament o hospital.
- És aconsellable que els responsables o referents en tabaquisme liderin la posada en marxa d'aquest projecte a la unitat o servei i facin un seguiment del desenvolupament i de les dificultats que puguin aparèixer.
- La cohesió de l'equip, la consistència i la coherència de les seves actuacions davant dels pacients són fonamentals.
- Cal ple suport conjunt, tant de la direcció com de la resta d'estaments, en la planificació i la implementació d'aquest projecte.

## 5. Recursos

### Recursos necessaris

- Normativa escrita definida de forma clara i concisa sobre els espais sense fum del servei.
- Protocol propi d'intervenció en els pacients fumadors ingressats.
- Criteris d'actuació en cas d'incompliment.
- Fàrmacs de teràpia substitutiva amb nicotina (TSN): pegats de diferents dosis i xiclets o comprimits.
- Formació dels professionals en intervenció sobre el consum de tabac en pacients amb trastorn mental.

### Recursos recomanables

- Protocol d'actuació en cas d'incompliment.
- Fulls informatius sobre el tabaquisme i la normativa de la unitat sobre el consum de tabac tant per als pacients com per a la família.
- Material de treball psicoeducatiu sobre el tabac.





## 6. Realització

### 6.1. Actuacions al servei d'urgències

- Informar tant els pacients com les seves famílies del fet que es troben en un recinte lliure de fum, segons la Llei 42/2010 (vegeu l'annex I).
- Recollir dades relacionades amb el consum de tabac durant l'anamnesi: si es tracta de fumadors o no fumadors, i la valoració de la dependència amb l'índex de dependència del tabac (vegeu l'annex II. També podeu utilitzar el qüestionari de l'annex IV).
- Oferir TSN, si escau.

#### A l'alta del servei d'urgències

- Si és al domicili, és aconsellable fer una intervenció breu sobre el consum de tabac i donar informació sobre la possibilitat de seguiment (ABS o unitats especialitzades).
- Si ingressa a la unitat, els facultatius responsables de l'ingrés han d'assegurar-se que queda pautat el tractament amb TSN juntament amb la resta de medicació que portin els pacients.

### 6.2. Actuacions durant l'ingrés

#### 6.2.1 Actuacions durant l'acollida

- Informar els pacients, les famílies o els acompanyants que es troben en un recinte o unitat lliure de fum, segons la Llei 42/2010 (vegeu l'annex I) i que es disposen de mitjans per abordar el tabaquisme i demanar la col·laboració per al bon funcionament del procés assistencial.
- Recollir les dades relacionades amb el consum de tabac (vegeu l'annex III) i realitzar el test de Fagerström (vegeu l'annex IV. També podeu utilitzar el qüestionari de l'annex II).

- Valorar la possibilitat de prescripció de TSN. (Vegeu la dosi de pegat / xiclets / comprimits a l'annex V).
- Informar sobre la normativa del centre en cas d'incompliment.

### 6.2.2 Actuacions durant el procés assistencial

- Intervenció en pacients fumadors (pla terapèutic individualitzat).  
Revisar de forma continuada la TSN per valorar si apareix simptomatologia abstinencial o signes d'intoxicació i, si cal, canviar la pauta de la TSN.
- Recordar, durant l'ingrés, la normativa de l'hospital a fi d'evitar incompliments. En cas d'incompliment aplicar els criteris d'actuació o protocol pertinent (vegeu els annexos VI i VII).  
Registrar les incidències relacionades amb el tabac en el curs clínic dels pacients i també en els registres que disposi cada hospital a aquest efecte.
- Gestió del consum de tabac en els permisos.  
En els permisos s'ha de motivar els pacients i recomanar-los seguir el tractament amb TSN a fi que mantinguin l'abstinència. En cas que els pacients manifestin el desig de fumar durant el permís, s'ha de gestionar el consum de tabac i la dosi amb TSN abans, durant i després de la sortida (vegeu l'annex VIII). També cal valorar la dosi de psicofàrmacs.
- Planificació d'intervencions  
Es recomana implementar intervencions de diferent intensitat en funció de l'estat dels pacients i integrar-les en les activitats que ja es realitzin en la unitat. Els grups poden ser psicoeducatius i/o psicoterapèutics. Es recomana que als grups psicoeducatius hi assisteixin tots els pacients (tant fumadors com no fumadors) i només els fumadors als grups psicoterapèutics.
- Alguns aspectes que cal tenir en compte són els següents:
  - Cal implicar tot el personal assistencial.
  - S'ha de treballar amb els pacients, en grup i/o de forma individual, tant el consum de tabac com temes generals sobre tabaquisme.

- S'ha de treballar de forma transversal el tabaquisme en totes les activitats que es realitzin durant l'ingrés.
- Cal potenciar les activitats distractores i de relaxació / respiració.
- S'ha d'establir de manera estructurada el programa de les activitats per mantenir-ne la continuïtat.

### 6.2.3 Actuacions a l'alta i a la derivació

- Gestió de la dosi els psicofàrmacs.  
Valorar la dosi de psicofàrmacs depenent de la decisió que prenguin els pacients en relació amb la continuïtat en la cessació tabàquica.
- Registre a l'informe d'alta hospitalària les dades següents:
  1. El diagnòstic de dependència de la nicotina a l'eix I.
  2. Les dosis requerides de TSN durant l'ingrés.
  3. Registrar la pauta de TSN a l'alta, si escau.
  4. Fer constar que s'ha intervingut en el consum de tabac i que cal un seguiment.
  5. El dispositiu on es deriva.
- Derivació segons escaigui.  
A l'especialista habitual dels pacients: els pacients han de rebre un tractament integral del procés que els afecta, incloent-hi la sensibilització / cessació tabàquica. El dispositiu de salut mental on habitualment acuden els pacients (CSMA o CAS) ha de fer també l'abordatge del tabaquisme.



## 7. Glossari

**Abstinència:** Privació de fumar (o consumir) tabac durant un període de temps determinat.

**Cessació tabàquica [abandonament, deshabitució]:** Interrupció del consum de tabac i procés de reaprenentatge per viure sense fumar.

**Deler de fumar (*craving*):** Experiència subjectiva de desig molt potent de fumar o consumir tabac.

**Dependència de la nicotina:** Segons el DSM-IV-TR, patró desadaptatiu de consum de tabac que comporta un deteriorament o malestar clínicament significatiu i en què apareixen un mínim de tres dels criteris següents: tolerància, síndrome d'abstinència o consum per eliminar la síndrome, pèrdua de control, desig infructuós d'abandonar el consum, dedicació excessiva a l'obtenció o al consum, limitació del repertori d'activitats i ús continuat malgrat les conseqüències negatives. Des de les primeres edicions del DSM fins al DSM-IV-TR s'ha utilitzat el terme *dependència* en comptes d'*addicció*, tot i que els debats per a les properes edicions semblen preferir el terme *addicció*.

**Fumador:** Persona que fuma qualsevol tipus de tabac, ja sigui diàriament o de manera ocasional.

**Intervenció breu [intervenció mínima, intervenció de baixa intensitat]:** Intervenció oportunista de 5 a 10 minuts de durada dirigida a tots els fumadors i que haurien de fer tots els professionals de la salut. Consisteix a preguntar si els pacients fumen, aconsellar-los la cessació, valorar-ne la disposició per deixar el tabac, ajudar-los i fixar visites de seguiment.

**Intervenció psicoeducativa:** En el cas del tabaquisme, és aquella que es realitza amb el propòsit d'incrementar el coneixement que tenen els pacients fumadors sobre l'hàbit tabàquic i les seves repercussions físiques i psíquiques, així com sobre el tipus d'intervenció i tractaments aconsellats.

**Intervenció psicoterapèutica:** Són aquelles tècniques de naturalesa verbal en les quals es busca un alleujament simptomàtic i una modificació de diferents aspectes de la vida psíquica del subjecte en el context d'un diàleg entre pacient

i terapeuta.<sup>6</sup> En el cas de la cessació tabàquica s'han apuntat com a eines útils la teràpia cognitivoconductual, com ara el maneig de contingències, l'entrenament en habilitats d'afrontament, la prevenció de recaigudes, la reestructuració cognitiva o l'abordatge motivacional.

**Motivació:** Estímuls que mouen les persones a fer accions determinades i a ser constants fins a culminar-les (en aquest cas, la intenció de deixar de fumar).

**Nicotina:** Alcaloide present en la planta del tabac que es considera el responsable principal de les propietats addictives del tabac.

**No fumador:** Persona que no fuma actualment. Segons la definició de l'OMS, és la persona que no ha fumat mai o que no ha arribat a fumar diàriament durant 6 mesos o més en el passat.

**Recaiguda:** Qualsevol retorn a la conducta tabàquica després d'un període inicial d'abstinència.

**Sensibilització:** Intervenció dirigida a augmentar la consciència que el consum de tabac és un problema per a un mateix i els altres i que es pot modificar.

**Simptomatologia d'abstinència a la nicotina [síndrome d'abstinència]:** Conjunt de símptomes provocats per la cessació o la reducció brusca d'una substància addictiva com, per exemple, el tabac o d'una conducta.

**Teràpia substitutiva amb nicotina (TSN):** Tractament de primera línia del tabaquisme que aporta nicotina per una via diferent a la de les cigarretes, amb la intenció de reduir la gravetat de la síndrome d'abstinència. Són vies d'administració la transdèrmica (pegat), l'oral (xiclets i comprimits), la intranasal (esprai nasal) o la inhalatòria (inhaladors). Les dues últimes no es comercialitzen a Espanya.

**Test de Fagerström:** Test que mesura la dependència de la nicotina a través d'una escala unidimensional de 6 ítems amb puntuació de 0 a 10.

## 8. Annexos

I. Informació escrita per a pacients, familiars i/o acompanyants	pàg. 14
II. Índex de dependència del tabac (Heavy Smoking Index, HSI)	pàg. 15
III. Full de recollida de dades sobre el consum de tabac	pàg. 16
IV. Test de Fagerström	pàg. 17
V. Tractament amb TSN. Criteris orientatius	pàg. 18
VI. Algoritme d'actuació davant de la sospita d'incompliments	pàg. 19
VII. Elements que cal tenir en compte per elaborar el protocol d'incompliments	pàg. 20
VIII. Gestió de la TSN durant els permisos	pàg. 21
IX. Aspectes rellevants sobre les unitats de salut mental sense fum	pàg. 22



### Informació sobre la normativa de consum de tabac

La Llei 42/2010 de mesures sanitàries enfront del tabaquisme, que s'aplica des del 2 de gener de 2011, estableix la prohibició de fumar en els centres sanitaris, fins i tot en els espais oberts. De manera conseqüent amb aquesta normativa, està prohibit fumar en tot el recinte dels centres hospitalaris, incloses les zones obertes i les voreres que delimiten els centres (definites com a "recintes").

Vegeu l'article 7 "PROHIBICIÓ DE FUMAR" I LA DISPOSICIÓ ADICIONAL VUITENA "CENTRES O ESTABLIMENTS PSIQUIÀTRICS" I LA DISPOSICIÓ ADDICIONAL DESENA DE LA LLEI 42/2010 (Suplement en llengua catalana del BOE núm. 318, de 31.12.10).

## Annex II. Índex de dependència del tabac (Heavy Smoking Index, HSI)

Quant temps passa entre que us lleveu i fumeu la primera cigarreta?

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

Quantes cigarretes fumeu al dia?

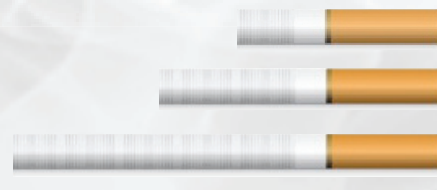
- (0)  10 o menys
- (1)  Entre 11 i 20
- (2)  Entre 21 i 30
- (3)  31 o més

Segons la resposta que doni cada fumador o fumadora a cadascuna de les preguntes s'obté una puntuació determinada (entre parèntesi). El sumatori de tots els punts dóna la puntuació del test.

De 0 a 2 punts: dependència baixa de la nicotina

De 3 a 4 punts: dependència mitjana de la nicotina

De 5 a 6 punts: dependència alta de la nicotina





## Anex III. Full de recollida de dades sobre el consum de tabac

### A L'ACOLLIDA

Núm. d'història clínica: \_\_\_\_\_

Sexe:  Home  Dona

Edat: \_\_\_\_\_

És fumador/a?  Sí  No

L'entorn familiar en què conviu és fumador?

Sí  No

Nombre cigarreta/dia (valor únic): \_\_\_\_\_

Edat del primer consum de tabac: \_\_\_\_\_

Test de Fagerström de dependència:

0-4 Baixa  5-6 Mitjana  7 i més Alta

Intents previs d'abandonament?  Sí  No

Temps màxim d'abstinència (dies) \_\_\_\_\_

Utilització de tractaments substitutius de nicotina  
previs:

Pegats  Xiclets  Comprimits  Cap

Consum d'altres tòxics actualment:

Alcohol  Drogues de disseny

Cànnabis  Heroïna

Cocaïna  Altres

### DURANT EL PROCÉS ASSISTENCIAL

Tractament prescrit a l'inici de l'ingrés (pauta):

TSN:  Sí  No

Pegats de: 21/15 mg   14/10 mg   7 mg

TSN oral:  Sí  No \_\_\_\_\_

Durant les sortides de permís terapèutic, el malalt ha fumat?  Sí  No \_\_\_\_\_

Incidències produïdes durant l'ingrés en relació amb la normativa de no fumar:

Actitud demandant de tabac:  Sí  No

Actitud demandant de TSN oral:  Sí  No

Agressivitat verbal:  Sí  No

Agressivitat física:  Sí  No

Té tabac amagat a l'habitació?  Sí  No

Com ha aconseguit el tabac?

Per un familiar  Per amics

A través del tràfic entre malalts  Altres

Fuma d'amagat:  Sí  No

Mesures preses davant de la situació de conflicte:

Contenció verbal

Contenció mecànica

Farmacològica (no inclou TSN)

### A L'ALTA

Intenció de deixar el consum de tabac a l'alta:  Sí  No

Tractament a l'alta:

TSN:  Sí  No

Pegats de: 21/15 mg   14/10 mg   7 mg

TSN oral:  Sí  No \_\_\_\_\_

## Annex IV. Test de Fagerström

Quant temps passa entre que us lleveu i fumeu la primera cigarreta?

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

Se us fa difícil no fumar en llocs on està prohibit (per exemple, cinemes, biblioteques, etc.)?

- (0)  No
- (1)  Sí

A quina cigarreta us costaria més renunciar?

- (1)  A la primera del dia
- (0)  A qualsevol altra

Quantes cigarretes fumeu al dia?

- (0)  Menys de 10 cigarretes
- (1)  Entre 11 i 20 cigarretes
- (2)  Entre 21 i 30 cigarretes
- (3)  Més de 30 cigarretes

Fumeu més durant les primeres hores del dia que durant la resta del dia?

- (0)  No
- (1)  Sí

Fumeu, fins i tot, quan esteu malalts al llit?

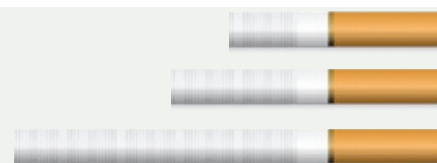
- (0)  No
- (1)  Sí

Segons la resposta que doni cada fumador o fumadora a cadascuna de les preguntes s'obté una puntuació determinada (entre parèntesi). El sumatori de tots els punts dóna la puntuació del test.

De 0 a 4 punts: dependència baixa de la nicotina

De 5 a 6 punts: dependència mitjana de la nicotina

De 7 a més punts: dependència alta de la nicotina



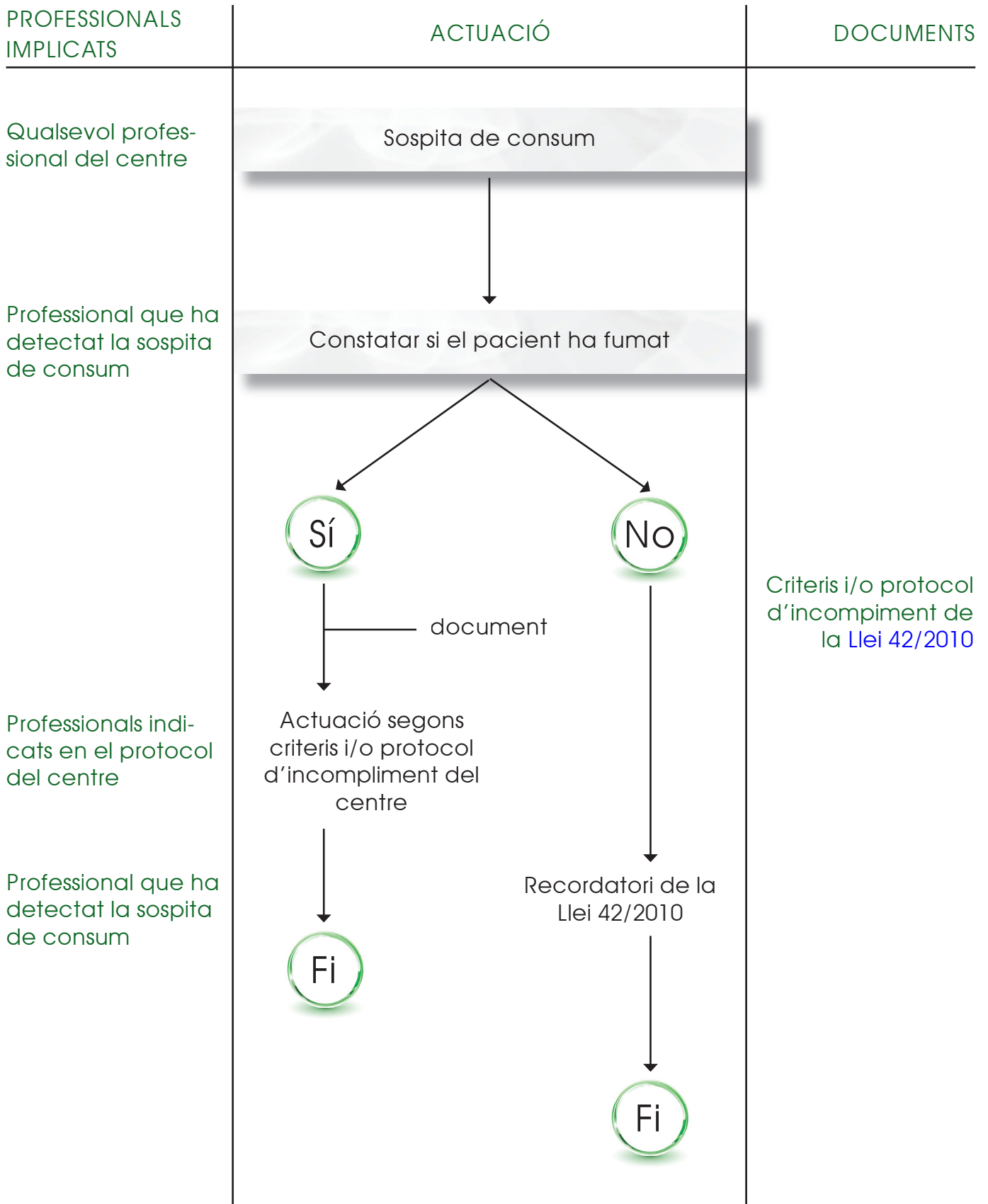
## Annex V. Tractament amb TSN. Criteris orientatius

Nombre de cigarretes / dia	Temps des que els pacients es lleven fins a la primera cigarreta del dia	TSN recomanada
≤ 14	> 60 minuts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar dispensació de xiclets o comprimits.</li> <li>- Opció pegat petit: 7 mg (24 h) / altres equivalents.</li> </ul>
De 15 a 19	De 30 a 60 minuts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pegat mitjà: 14 mg (24 h) / 10 mg (16 h) / altres equivalents.</li> <li>- Opció de complementar amb xiclets o comprimits.</li> </ul>
≥ 20	< 30 minuts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pegat gran: 21 mg (24 h) / 15 mg (16 h) / altres equivalents.</li> <li>- Opció de complementar amb xiclets o comprimits.</li> </ul>

Per a més informació sobre el tractament del consum de tabac, consulteu la [GUIA D'INTERVENCIÓ CLÍNICA EN EL CONSUM DE TABAC EN PACIENTS AMB TRASTORN MENTAL](#).



Annex VI. Algoritme d'actuació davant de la sospita d'incompliments



## Annex VII. Elements que cal tenir en compte per elaborar el protocol d'incompliments

- És important que els pacients i les seves famílies estiguin informats de la normativa; per això, recordarem sempre que calgui que som en un hospital sense fum, on no es pot fumar enlloc del recinte hospitalari. Per recordar-ho, es poden posar rètols en llocs ben visibles.
- Cal explicar que hi ha disponible tractament farmacològic (TSN) per evitar la síndrome d'abstinència a la nicotina durant l'estada hospitalària.
- En cas de detectar que un pacient fuma dins de la unitat, li recordarem novament que no està permès fumar a l'hospital, l'informarem del perill per a la seguretat que suposa fumar sota els efectes del tractament farmacològic (ansiolítics, sedants, hipnòtics, etc.) i li demanarem el tabac i l'encenedor, sense enfrontar-nos-hi. És aconsellable trobar la burilla quan sentim olor de tabac a fi d'assegurar-nos que està apagada.
- En cas de manca de col·laboració o risc de fuga, cal avisar el psiquiatre o psiquiatra de referència, o si no n'hi ha, de guàrdia, per efectuar el registre de l'habitació i de les seves pertinences en busca del tabac i l'encenedor, per a la seguretat tant del pacient com de la resta de pacients i personal.
- Cal registrar la incidència per escrit, on consti: identificació del pacient, lloc de detecció, data i hora, actuacions d'infermeria (registre del pacient, registre de l'habitació, retirada del tabac, encenedor, llumins), estat del pacient (col·laborador, irritable, agitat...) i altres observacions.



## Annex VIII. Gestió de la TSN durant els permisos

Consum de tabac durant el permís		Actuació
El pacient no fumarà	Bona consciència de la malaltia, bon compliment del tractament, bon nivell motivacional	Deixar la mateixa dosi de TSN
El pacient fumarà menys que abans de l'ingrés	Reducció de la meitat de cigarretes, aproximadament	Reduir la dosi del pegat de TSN
El pacient fumarà el mateix que abans de l'ingrés		Retirar el pegat de TSN

## Annex IX. Aspectes rellevants sobre les unitats de salut mental sense fum

Les UNITATS SENSE FUM són aquelles unitats on no es permet fumar a l'interior ni a l'exterior de les dependències.

- LES UNITATS D'HOSPITALITZACIÓ SENSE FUM OFEREIXEN UNA BONA OPORTUNITAT PER INTERVENIR EN EL CONSUM DE TABAC DELS PACIENTS.

L'ingrés dels pacients en una unitat d'hospitalització sense fum pot ser una de les poques ocasions en què experimenta un període més o menys llarg sense tabac i en el qual queda apartat dels estímuls lligats al fet de fumar. En aquest context, els pacients disposen d'ajuda professional i accés a TSN, fet que permet que els pacients se n'adonin que són capaços de mantenir-se abstinentes i puguin augmentar la motivació per deixar de fumar posteriorment.<sup>7</sup> De fet, almenys la meitat dels pacients fumadors ingressats expressen que estarien interessats a deixar de fumar.<sup>8,9</sup>

Una altra dada que cal tenir en compte és que el fet d'estar ingressats en unitats en les quals es permet fumar pot comportar que no fumadors comencin a fumar i que hi recaiguin exfumadors.<sup>10</sup>

- LES UNITATS SENSE FUM NO PROVOQUEN UN AUGMENT DELS INCIDENTS RELACIONATS AMB ELS PACIENTS INGRESSATS FUMADORS.

Les prohibicions parcials de consum de tabac a les unitats (per exemple, permetre fumar segons un horari i espais determinats) i les aplicacions no uniformes de les normatives que no permeten fumar provoquen més perturbacions que les unitats sense fum correctament implementades, amb les quals s'ha constatat que no hi ha un augment dels incidents.<sup>11,12</sup>

Quan es restringeix els pacients a fumar un nombre limitat de cigarretes al dia es mantenen els pacients en un estat crònic de síndrome d'abstinència que pot incrementar la probabilitat d'agitació i incidents.<sup>13</sup>

- LES UNITATS SENSE FUM NO COMPORTEM MÉS ALTES VOLUNTÀRIES.

La implementació d'unitats sense fum no comporta més altes voluntàries en fumadors

respecte als no fumadors. No obstant això, si aquesta unitat no disposa dels recursos necessaris (no ofereix tractament i no es disposa de TSN) es poden arribar a doblar les altes voluntàries.<sup>14</sup> Les unitats sense fum no afecten a l'acceptació de l'ingrés i la retenció del pacient.<sup>15</sup>

- LA CESSACIÓ TABÀQUICA DURANT L'INGRÉS NO AFECTA NEGATIVAMENT L'ESTAT O EL CURS DE LA MALALTIA DELS PACIENTS O EL TRACTAMENT O ABSTINÈNCIA D'UNA ALTRA SUBSTÀNCIA.

El tractament concomitant del tabac durant l'ingrés no afecta negativament la malaltia en general<sup>16</sup> ni els seus símptomes en concret.<sup>17,18</sup> Segons una metanàlisi, les intervencions per deixar de fumar durant el tractament per altres addiccions semblen millorar més que afectar l'abstinència a llarg termini, amb un 25% més de probabilitats de romandre abstinents a l'alcohol i a d'altres drogues quan s'ha abandonat el tabac.<sup>8</sup> Així, el tractament concomitant no afecta el resultat o el tractament de l'addicció a altres drogues;<sup>19-21</sup> en canvi, continuar fumant s'associa a pitjors resultats en el tractament.<sup>22</sup>

- LES UNITATS SENSE FUM SÓN BEN ACCEPTADES PELS PACIENTS I ELS PROFESSIONALS.

Els professionals generalment anticipen més problemes relacionats amb el tabac abans d'implementar una unitat sense fum que els que després sorgeixen en realitat.<sup>11,23,24</sup>

Quan durant l'ingrés en unitats sense fum s'ofereix tractament als pacients fumadors, aquests perceben la normativa més com una mesura terapèutica que punitiva que, de fet, transmet als pacients un interès per la seva salut.<sup>7</sup>

Els elements clau per a l'èxit de la implementació de les unitats sense fum són la consistència en l'aplicació, la bona coordinació entre els professionals, el ple suport dels comandaments i la disposició de recursos, per exemple, farmacològics.<sup>11,25</sup>



## 9. Referències

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
2. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2004;83:1-1438.
3. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
4. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis.* 2006 Apr;3(2):A42.
5. Miller BJ, Paschall CB 3rd, Svendsen DP. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2006 Oct;57(10):1482-7.
6. González MA, Fernández A, Oraá R. Terapéuticas psicológicas: introducción, principios generales y evaluación. A: Vallejo J, Leal C, eds. *Tratado de Psiquiatría*. 2a ed. Barcelona: Ars Medica, 2010.
7. Prochaska JJ. Ten critical reasons for treating tobacco dependence in inpatient psychiatry. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2009 Dec;15(6):404-9.
8. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol.* 2004 Dec;72(6):1144-56.
9. Solty H, Crockford D, White WD, Currie S. Cigarette smoking, nicotine dependence, and motivation for smoking cessation in psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry.* 2009 Jan;54(1):36-45.
10. Keizer I, Eytan A. Variations in smoking during hospitalization in psychiatric inpatient units and smoking prevalence in patients and health-care staff. *Int J Soc Psychiatry.* 2005 Dec;51(4):317-28.

11. Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry* 2005 Oct;39(10):866-85.
12. Iglesias C, López G, Alonso MJ. Efectos de la prohibición de fumar en una unidad de hospitalización psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008 Jan-Feb;36(1):60-2.
13. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther*. 2008 Apr;83(4):531-41.
14. Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv*. 2004 Nov;55(11):1265-70.
15. Callaghan RC, Brewster JM, Johnson J, Taylor L, Beach G, Lentz T. Do total smoking bans affect the recruitment and retention of adolescents in inpatient substance abuse treatment programs? A 5-year medical chart review, 2001-2005. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Oct;33(3):279-85.
16. McFall M, Atkins DC, Yoshimoto D, et al. Integrating tobacco cessation treatment into mental health care for patients with posttraumatic stress disorder. *Am J Addict*. 2006 Sep-Oct;15(5):336-44.
17. Evins AE, Cather C, Deckersbach T, et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 Jun;25(3):218-25.
18. Evins AE, Deckersbach T, Cather C, et al. Independent effects of tobacco abstinence and bupropion on cognitive function in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2005 Sep;66(9):1184-90.
19. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR, Oncken CA. Concurrent brief versus intensive smoking intervention during alcohol dependence treatment. *Psychol Addict Behav*. 2007 Dec;21(4):570-5.
20. Reid MS, Fallon B, Sonne S, et al. Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Jul;35(1):68-77.
21. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Mar;36(2):205-19.

22. Frosch DL, Shoptaw S, Nahom D, Jarvik ME. Associations between tobacco smoking and illicit drug use among methadone-maintained opiate-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2000 Feb;8(1):97-103.
23. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. *Psychiatr Serv*. 2002 Dec;53(12):1617-22.
24. Ratschen E, Britton J, McNeill A. Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. *Br J Psychiatry*. 2009 Jun;194(6):547-51.
25. Champion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B, Pols R. Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: learning from unsuccessful experience. *Australas Psychiatry*. 2008 Apr;16(2):92-7.



