

## **PROCESO ASISTENCIAL COMPARTIDO:**

### **TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN CASTILLA Y LEÓN**

Elaborado por:

- JAVIER DELGADO RODRÍGUEZ. Médico de Familia. C.S. Zamora Sur
- FIDEL MARTÍNEZ TORIBIO. Unidad Tabaquismo Zamora
- JULIO MATA POYO. Médico de Familia. C.S. Tábara
- JESÚS MATEOS RODRÍGUEZ. Médico de Familia. C.S. Sayago
- MIGUEL PÉREZ DEL VAL. Médico de Familia. C.S. Parada
- JACINTO DE LA VEGA CARNICERO. Enfermero. C.S. Guareña
- CRISTINA LÓPEZ HERNÁNDEZ. Médico de Familia. Técnico de Salud GAP

Revisores:

- CLARA ISABEL SORIA LÓPEZ. Grupo Técnico Central. DGAS
- JOSÉ ÁNGEL MADERUELO FERNANDEZ. Grupo Técnico Central. DGAS
- PURIFICACIÓN DE LA IGLESIA RODRÍGUEZ Grupo Técnico Central. DGAS
- ROSA MIRANDA FERNÁNDEZ. DT FARMACIA. DGAS.

Fecha Elaboración: JUNIO 2011

Fecha Revisión: MAYO 2012

Validación: AGOSTO 2012

## Índice:

1. MISIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN
  - 1.1. Justificación
  - 1.2. Misión
  - 1.3. Definición funcional
  - 1.4. Propietario del proceso
  
2. VINCULACIÓN CON OTROS PROCESOS. PROCESOS ESTRATÉGICOS Y DE SOPORTE
  - 2.1. Procesos Estratégicos
  - 2.2. Límites marginales
  - 2.3. Procesos de soporte
  
3. PARTICIPANTES Y BENEFICIARIOS. POBLACIÓN DIANA. CRITERIOS DE INCLUSIÓN (ENTRADAS Y SALIDAS). NECESIDADES Y EXPECTATIVAS
  - 3.1. Población diana
  - 3.2. Criterios de inclusión
  - 3.3. Límite de entrada
  - 3.4. Límite final
  - 3.5. Destinatarios del proceso, expectativas y flujos de salida
  
4. ACTIVIDADES. RESPONSABLES. CRITERIOS DE CALIDAD
  - 4.1. Actividades de promoción. Detección precoz
  - 4.2. Diagnóstico y Valoración
  - 4.3. Tratamiento
  - 4.4. Seguimiento. Plan de cuidados
  - 4.5. Derivación a AP o Consulta/Unidad de tabaquismo. Criterios de derivación
  - 4.6. Exploraciones complementarias
  - 4.7. Actividades administrativas: procedimientos (Citaciones, suministros,...)
  
5. REGISTROS. DOCUMENTACIÓN
  
6. INDICADORES
  - 6.1. INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO
  - 6.2. INDICADORES DE RESULTADOS
  
7. TERMINOLOGÍA
8. BIBLIOGRAFÍA
9. ANEXOS :
  - FICHA DEL PROCESO
  - FLUJOGRAMA

## **“PROCESO DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO”**

### **1. MISIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN**

#### **1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO**

El consumo de tabaco, como factor determinante de diferentes patologías y como primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, constituye el principal problema para la salud pública en los países desarrollados.

El 21 de Mayo de 2003, 171 países miembros de la Organización Mundial de la Salud(OMS), firmaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesto por la OMS(CMCT), un tratado internacional de mínimos necesarios para proteger el derecho a la salud de la población, mediante el desarrollo de políticas que contemplen como mínimo: el incremento de los impuestos, la información a los consumidores sobre los riesgos del consumo, la prohibición de la publicidad, la promoción de espacios públicos libres de humo, y la financiación de programas de prevención y tratamiento de la dependencia al tabaco(World Health Organization, 2003).

En 2004 la Comisión Europea examinó la situación de los países de la Unión en relación al desarrollo de sus políticas sobre tabaquismo (European Commission, 2004) incluyendo las seis intervenciones consideradas como más coste-efectivas para el control del tabaquismo, entre las que se encuentran el incremento del precio, la prohibición de la publicidad, las prohibiciones y restricciones de fumar en lugares públicos y en el lugar de trabajo, la información, el uso de los media y la publicidad y las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos, y el tratamiento para ayudar a las personas que han desarrollado una dependencia del tabaco a dejar de fumar, incluyendo el acceso a las medicaciones, ya que sólo mediante la combinación de todas las medidas mencionadas, será posible conseguir una disminución significativa de la prevalencia del tabaquismo. La OMS señala además-en un informe reciente- que si se quiere conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el uso del tabaco en los próximos 30 a 50 años, las medidas de prevención y control deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz(World Health Organization, 2003 y World Health Organization, 2004).

En España, la aprobación de la Ley 28/2005 y 42/2010, constituye un avance importante en la dirección marcada por los organismos internacionales, y los diversos desarrollos que en este campo se están produciendo en todas las CCAA constituyen la garantía de que los progresos en el campo del tratamiento del tabaquismo se están acelerando.

Los principales argumentos que justifican la puesta en marcha de respuestas asistenciales de calidad dirigidas a fumadores, son:

- El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico y está considerado como una enfermedad crónica, reconocimiento esencial para el diseño de políticas de prevención y control del tabaquismo, pues señala la necesidad de desarrollar una estrategia eficaz de tratamiento a las personas que fuman que no los discrimine respecto a otras personas con problemas de dependencia a otras drogas para las que sí existe una respuesta asistencial adecuada en España.
- El tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud, con un incremento de la incidencia de las enfermedades relacionadas con el tabaco y la mortalidad prematura por la misma causa, desigualdades que ya se han producido en hombres y todas las evidencias señalan que en un plazo corto de tiempo también afectarán a mujeres.
- El tabaquismo incrementa las desigualdades de género en salud, lo que ha de tomarse en cuenta también en todo lo relativo a la asistencia para dejar de fumar. Al igual que otros colectivos en desigualdad, las mujeres pueden requerir un abordaje más específico, que tenga en cuenta sus necesidades y expectativas diferenciadas.
- Disponemos de tratamientos efectivos para ayudar a dejar de fumar, que deben hacer revertir la baja tasa de éxito de los intentos de abandono sin ayuda (3-5%). En la Tabla 1 de la Guía de Deshabituación Tabáquica de Castilla y León se presentan los resultados de las intervenciones más difundidas en las que existe evidencia científica de eficacia (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003).
- Ayudar a dejar de fumar es una actividad costo-efectiva. Tanto las intervenciones de baja intensidad (consejo sanitario y oferta de tratamiento farmacológico) dirigidas a amplios grupos de población que desean dejar de fumar como las intervenciones más intensivas de tratamiento psicológico y farmacológico dirigidas a grupos de especial necesidad se han mostrado coste-efectivas, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales (hipercolesterolemia e hipertensión arterial, o el cribado de cáncer de mama), en términos de coste por año de vida ganado (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003).

- Las actuaciones asistenciales complementan el resto de medidas de prevención y control, siendo un elemento esencial para abordar el control del uso del tabaco y reducir sus efectos sobre la salud de la población, a la que traslada beneficios directos a corto, medio y largo plazo. En la Tabla 2 de la Guía de Deshabituación Tabáquica de Castilla y León se presentan unas recomendaciones básicas sobre los elementos a considerar en una política asistencial de calidad, si bien se necesitan más estudios sobre el impacto de los sistemas de financiación en los comportamientos de los profesionales sanitarios (World Health Organization, 2004; Kaper, 2006).

La utilización de la metodología de gestión por procesos en la asistencia al tabaquismo constituye una importante oportunidad de mejora y garantía de cara a los resultados, contribuyendo a enriquecer y facilitar la tarea de los profesionales de cada nivel asistencial y propiciando altos niveles de eficiencia en el desarrollo de sus funciones.

Esta metodología trata de estabilizar o mantener bajo control los procesos de atención al fumador en sus diferentes niveles asistenciales, estableciendo unas pautas de actuación basadas en la evidencia científica y evitando que se produzca una variabilidad excesiva en el proceso asistencial que de lugar a ineficiencias, siempre bajo la perspectiva de la mejora continua.

## 1.2. MISIÓN

- **Objetivos Generales:**
  - Disminuir la prevalencia de tabaquismo en Castilla y León.
  - Disminuir las complicaciones atribuibles al tabaco en la población de Castilla y León.
  - Disminuir la morbimortalidad atribuible al tabaco en la población de Castilla y León.
  - Disminuir el gasto sanitario por tabaquismo.
- **Objetivos específicos:**
  - Unificar criterios de actuación ante el paciente fumador y mejorar la coordinación de servicios: Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE) Unidad de Tabaquismo de Área (UT).
  - Mejorar el diagnóstico de fase en el paciente fumador.
  - Aumentar la accesibilidad al tratamiento en las distintas fases de diagnóstico del paciente fumador.
  - Facilitar la accesibilidad a los servicios y así garantizar la continuidad asistencial.
  - Procurar la satisfacción de las personas que quieren dejar de fumar.



### 1.3. DEFINICIÓN FUNCIONAL

Conjunto de actividades, dirigidas a la población fumadora mayor de 14 años de edad, residente en Castilla y León, encaminadas a captar, diagnosticar, indicar e instaurar el tratamiento más efectivo del tabaquismo en función de las mejores evidencias científicas disponibles y a facilitar el seguimiento y apoyo pertinente hasta que el paciente abandone el proceso.

Tras la detección se programan todas las actividades necesarias para una atención integral y continuada del paciente.

Todo ello supone una corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial:

- Continuación diagnóstica.
- Establecimiento de objetivos de control y de un plan terapéutico.
- Educación sanitaria.

Supone la integración del proceso en los distintos ámbitos de actuación implicados en el mismo, lo que garantizará la continuidad asistencial, en base a una mejora de la comunicación y la existencia de coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

### 1.4. PROPIETARIO DEL PROCESO

- En la Comunidad Autónoma de Castilla y León, el Jefe del Servicio de Programas Asistenciales.
- En el Área de Salud, el Responsable/Coordinador del Grupo de Procesos del Área.
- En el Equipo de Atención Primaria (EAP), un Responsable Médico (Responsable de Riesgo Cardiovascular del EAP).
- En el ámbito hospitalario, el Coordinador de la Consulta/ Unidad de Tabaquismo.

## 2. VINCULACIÓN CON OTROS PROCESOS

### 2.1. PROCESOS ESTRATÉGICOS VINCULADOS

- PROCESO DE CARTERA DE SERVICIOS
- PROCESO DE FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
- PROCESO DE PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA/ RECEPCIÓN AL PACIENTE INGRESADO

## 2.2. LÍMITES MARGINALES:

- Paciente que entra como fumador pero su proceso principal es otro distinto.
- Paciente que entra como fumador y se deriva a otros procesos:
  - Proceso de EPOC.
  - Proceso de control de factores de riesgo cardiovascular.
  - Neoplasias relacionadas con el tabaco.

## 2.3. PROCESOS DE SOPORTE VINCULADOS:

- PROCESO DE GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.

En cada Centro de Salud existirá un proceso que garantice el correcto circuito de derivación a Atención Especializada, en este caso, en concreto, a la Unidad de Tabaquismo, así como la fluidez de la comunicación escrita entre los diferentes participantes del proceso, y la explotación adecuada de los registros.

- PROCESO DE ALMACÉN

La gestión del almacén y/o papelería de cada Centro de Salud garantizará la existencia en el mismo, y la provisión a cada consultorio, de la documentación informativa para usuarios establecida por el Sacyl, incluida la Guía de recursos. De igual manera, garantizará la provisión de toda la documentación de trabajo de los profesionales, en especial, documentos de derivación, documentos de petición de pruebas y/o informes de resultados, cuestionarios de diagnóstico de fase según modelo de Prochaska y Di Clemente, cuestionarios de test de Richmond y cuestionarios del test de Fagerström.

## **3. PARTICIPANTES Y BENEFICIARIOS. POBLACIÓN DIANA. CRITERIOS DE INCLUSIÓN (ENTRADAS Y SALIDAS). NECESIDADES Y EXPECTATIVAS**

### 3.1. POBLACIÓN DIANA:

Pacientes fumadores de Castilla y León.

### 3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Toda persona de Castilla y León, mayor de 14 años de edad, que consuma tabaco de forma diaria o semanal.

### 3.3. LÍMITE DE ENTRADA:

- Toda persona, mayor de 14 años de edad, que consume tabaco de forma diaria o semanal, detectada por cualquiera de los distintos ámbitos o servicios asistenciales, con motivo de cualquier consulta o solicitud de atención, o bien con motivo de un ingreso hospitalario.
- La entrada al proceso puede ocurrir a través de:
  - Consulta médica, de AP o AE.
  - Consulta de enfermería, de AP o AE.
  - Servicios de Urgencias.
  - Ingreso hospitalario.
  - Otras vías: Entidades relacionadas con la Salud Laboral, AECC, ect

### 3.4. LÍMITE FINAL:

- Persona que lleva más de un año en abstinencia continua.
- Exclusión voluntaria del paciente.
- Traslado a otra Comunidad Autónoma.
- Fallecimiento del paciente.

### 3.5. DESTINATARIOS DEL PROCESO Y EXPECTATIVAS:

#### 3.5.1. EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES:

1. Obtención de material moderno de última generación y gratuito
2. Facilidad para la obtención de los medicamentos y material necesario, sin trámites burocráticos.
3. Obtención sin restricciones del material necesario para el control. Claridad de los letreros y folletos.
4. Instalaciones agradables, con mobiliario cómodo y adecuado.
5. Acceso fácil a las citas médicas y obtención de medicamentos.
6. Cita única y coordinada para la consulta médica y para las distintas pruebas complementarias.
7. Cita fácil con la Unidad de Tabaquismo (UT), con flexibilidad, sin demora.
8. Fácil comunicación con los distintos profesionales del proceso, para resolver dudas o necesidades.
9. Facilidad de consulta telefónica.
10. Flexibilidad y puntualidad en los horarios de las consultas.
11. Agilidad en las citas, con el personal médico y/o de enfermería, de AP y/o de UT.
12. Citas más frecuentes, con el personal médico y/o de enfermería, de AP y/o de UT.



13. Atención por psicólogo de la UT.
14. Realización únicamente de las pruebas necesarias. No duplicar.
15. Tener siempre los mismos profesionales de referencia, tanto en AP como en la UT.
16. Que los profesionales sanitarios tengan la suficiente preparación para no incurrir en errores, con conocimientos, habilidad y experiencia.
17. Que exista adecuada coordinación entre médico de AP y UT.
18. Que me transmitan confianza. Respeto a la intimidad y secreto profesional.
19. Que me comuniquen adecuadamente el proceso, con lenguaje sencillo. Información individualizada, adecuada y útil, que me permita tomar decisiones.
20. Que me proporcionen información, sin prisas, con humanidad, con trato agradable y cercano, sin comentarios inoportunos, sin regañarme.
21. Que me faciliten información sobre el tabaquismo y los avances que se van produciendo.
22. Que la información esté coordinada entre los distintos profesionales y no den informaciones contradictorias o no concordantes.
23. Que se programe una atención continuada.
24. Acceso al tratamiento farmacológico durante el ingreso hospitalario.

#### 3.5.2. EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES:

1. Que pueda acceder a un teléfono las 24 horas del día para solucionar los problemas que se planteen.
2. Que exista un horario flexible y tiempos de espera mínimos para acceder a una consulta.
3. Que me informen de la situación del paciente y de la evolución esperada del proceso.
4. Que me formen en los cuidados básicos, fármacos y manejo del material.
5. Que me informen de la enfermedad, su control y sus avances.
6. Atención y apoyo psicológico para familiar.

#### 3.5.3. EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

1. Que pueda contar con los recursos materiales necesarios para el seguimiento de los pacientes (estetoscopio, espirómetro, pulsioxímetro, cooxímetro, radiografías, electrocardiograma, análisis, ect)
2. Poder disponer de espacio y tiempo suficiente para la atención adecuada de los pacientes y para las actividades de Educación para la Salud (EPS).
3. Disponer de una aplicación informática para control de la historia clínica, con un registro normalizado y que permita el cálculo de indicadores y la evaluación del proceso.
4. Formación continua en habilidades y estrategias de acogida y comunicación.

5. Que exista buena comunicación entre los distintos profesionales y se establezcan canales de comunicación eficaces: teléfono de contacto, fax, correo electrónico, etc.
6. Que exista confianza en la actuación de cualquiera de los profesionales implicados en el proceso, por parte de los otros implicados, y se normalice el trato con respeto y cortesía.
7. Que reciba informes adecuados y actualizados de los pacientes atendidos por cualquiera de los profesionales implicados en el proceso, donde se contemple juicio clínico y expectativas u objetivos y, en el caso de pacientes derivados a la UT, pautas de actuación sobre tratamiento y seguimiento.
8. Acceso a información sobre pruebas complementarias, para no duplicar.
9. Acceso fácil a UT, incluso telefónica, para resolver dudas u obtener información.
10. Asistencia sin dificultades a la formación continuada, específica y práctica, con evaluación periódica.
11. Acceso a información sobre los recursos sociosanitarios, procedimientos, derechos, etc.
12. Obtención de cita sin demora para los pacientes que deben ser derivados a la UT o para la realización de pruebas complementarias.

### 3.5.4. FLUJOS DE SALIDA Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

DESTINATARIO	F. DE SALIDA	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Persona Fumadora	Captación precoz	Realización de diagnóstico de fase, según etapas definidas por Prochaska y Di Clemente
	Asistencia	Control, seguimiento y tratamiento por profesionales sanitarios, con conocimientos y habilidades para el manejo de la deshabitación tabáquica en cada una de sus fases.
		Realización de valoración completa para actuación rápida tras el diagnóstico, con estudio de motivación (Test de Richmond), evaluación de dependencia física (Test de Fagerström).
		Realización de pruebas complementarias oportunas.
		Información escrita.
	Información	Realización e información adecuada del plan terapéutico propuesto.
		Realización de seguimiento planificado con control protocolizado.
	Autonomía	El paciente recibirá información, en lenguaje comprensible y con un trato amable, sobre el tabaquismo, los resultados de las pruebas realizadas, las alternativas de tratamiento, la justificación, los recursos existentes y periodicidad de las revisiones.
		Información continuada de la evolución y situación del proceso, de forma rápida, clara y legible, explicando con precisión las medidas adoptadas presentes y futuras.
		Realización de EPS con el objetivo de fomentar el autocuidado, la implicación en el tratamiento y la mayor autonomía del paciente.
Accesibilidad	Entrega de documentación con información sobre las características del proceso.	
	Trato humano y personal.	
Apoyo psicológico	Existencia de un teléfono o punto de contacto las 24 horas del día, para la resolución de dudas y necesidades.	
	Facilidad para la obtención de consulta médica y/o de enfermería	
Apoyo Social	El paciente recibirá el soporte emocional y apoyo psicológico necesario según las circunstancias.	
Familiares	Información	Se informará sobre recursos sociales disponibles. Se facilitará acceso a grupos de apoyo
	EPS	Se dará información del proceso, en lenguaje comprensible y con un trato amable, sobre la enfermedad, los resultados de las pruebas realizadas, las alternativas de tratamiento, la justificación, los recursos existentes y periodicidad de las revisiones.
		Para fomentar autocuidados. Se dará documentación de apoyo.
	Apoyo Psicológico	Formación
	Apoyo Social	Apoyo psicológico necesario, según las circunstancias.
Profesionales Sanitarios	Información	Existencia de teléfono o punto de contacto las 24 horas del día, para resolución de dudas.
	Coordinación y Cooperación	Recursos disponibles.
		Trabajo en Equipo
	Asistencia	Los distintos profesionales darán información legible, clara y rápida.
		Darán información oral y escrita y harán seguimiento en fase de precontemplación y contemplación
Asistencia	Recursos disponibles	
	Realización de consejo sanitario en pacientes fumadores en fase de precontemplación, un máximo de tres minutos, breve, claro y conciso.	
Asistencia	Intervención motivacional, encaminada a aumentar la motivación para el abandono, incidiendo en las "5 erres": relevancia, riesgos, recompensas, resistencias y repetición.	
	Realización de intervención breve en pacientes fumadores en fase de contemplación, aplicando la estrategia de las "5 A": averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar.	

#### 4. ACTIVIDADES. RESPONSABLES. CRITERIOS DE CALIDAD

1. Actividades de promoción y detección precoz.
2. Diagnóstico y Valoración.
3. Tratamiento.
4. Seguimiento. Plan de cuidados.
5. Criterios de derivación.
6. Exploraciones complementarias.
7. Actividades administrativas: procedimientos (citaciones, suministros, etc)

#### 4.1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN y DETECCIÓN PRECOZ

##### 4.1.1. Actividad: Detección y registro del fumador.

**Grado recomendación:** A.

**Responsable:** Profesional médico y/o de enfermería de AP y AE.

**Criterios de Calidad:**

1. Entrevista personal dirigida a cuantificar el consumo de tabaco, centrada en 3 preguntas claves: ¿Fuma?, ¿Cuánto? y ¿Años de fumador?
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

##### 4.1.2. Actividad: Consejo sanitario e información sobre recursos

**Grado recomendación:** A, en el caso del consejo sanitario. D, en el caso de información sobre recursos.

**Responsable:** Profesional médico y/o de enfermería de AP y AE.

**Criterios de Calidad:**

1. Se realiza según los conceptos de los anexos I y IX de la Guía de Deshabitación Tabáquica (Guía DT).
2. Se dará guía de recursos escrita y/o informatizada.
3. La información será verbal directa y/o escrita. Personalizada.
4. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### 4.2. DIAGNÓSTICO y VALORACIÓN

##### 4.2.1. Actividad: Diagnóstico de Fase.

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Profesional médico y/o de enfermería de AP.

**Criterios de Calidad:**

1. Identificación de la fase en que se encuentra el paciente. Anexo I Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.



#### [4.2.2. Actividad: Estudio de motivación \(Test de Richmond\)](#)

**Grado recomendación:** C.

**Responsable:** Profesional médico y/o de enfermería de AP.

**Criterios de Calidad:**

1. Valoración del estado de motivación en que se encuentra el paciente, según anexo II de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### [4.2.3. Actividad: Evaluación dependencia física del paciente: \(Test de Fagerström\)](#)

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Médico de AP y/o médico de la UT.

**Criterios de Calidad:**

1. Valoración de la dependencia física del paciente, según anexo III de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### [4.2.4. Actividad: Evaluación de la dependencia psicosocial: \(Test de Glover Nilsson\)](#)

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Médico de la UT.

**Criterios de Calidad:**

1. Valoración de la dependencia psicosocial del paciente, según anexo IV de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### [4.2.5. Actividad: Anamnesis y exploración](#)

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Médico de AP y/o médico de la UT.

**Criterios de Calidad:**

1. De acuerdo al anexo V de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### [4.2.6. Actividad: Pruebas complementarias](#)

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Médico de AP y/o médico de la UT.

**Criterios de Calidad:**

1. De acuerdo al anexo V de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

### 4.3. TRATAMIENTO

#### 4.3.1. Actividad: Intervención breve

**Grado recomendación:** A.

**Responsable:** Profesional médico y/o de enfermería de AP.

**Criterio de Calidad:**

1. Intervención personalizada.
2. Se realizan una serie de actuaciones, que se sintetizan en las "5A" (Averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar), o las 5 "Erres" (Relevancia, riesgos, recompensas, resistencias y repetición), en función de la fase en que se encuentre el paciente. Según anexos I y IX de la Guía DT.
3. Se hace en la consulta, en cada una de las visitas.
4. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### 4.3.2. Actividad: Tratamiento farmacológico

**Grado recomendación:** A.

**Responsable:** Médico, de AP o de la UT.

**Criterios de Calidad:**

1. Se informará al paciente de las distintas opciones y posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico.
2. La elección se hará en función de la experiencia del terapeuta, contraindicaciones, características del paciente y de la preferencia y experiencias previas (según anexo XII de la Guía DT).
  - Terapia sustitutiva con nicotina, según anexo XIII de la Guía DT. Se ofertará como tratamiento de inicio en pacientes ingresados.
  - Terapia con bupropión, según anexo XIV de la Guía DT.
  - Terapia con vareniclina, según anexo XV de la Guía DT.
3. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### 4.3.3. Actividad: Terapia psicológica

**Grado recomendación:** A.

**Responsable:** Psicólogo de la UT.

**Criterios de Calidad:**

1. Según anexos X y XI de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### 4.4. SEGUIMIENTO

##### 4.4.1. Actividad: Seguimiento del paciente en cualquiera de sus fases

**Grado recomendación:** B.

**Responsable:** Profesional médico y/o de enfermería de AP y/o UT.

**Criterios de Calidad:**

1. En Paciente que no ha dejado de fumar, intervención según fase.
2. En paciente en fase de acción o mantenimiento, según el anexo XVI de la Guía.
3. En pacientes ingresados, programar seguimiento en función de la previsión de la duración del ingreso.
4. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### 4.5. DERIVACIÓN A MÉDICO DE AP Y A UNIDAD DE TABAQUISMO

##### 4.5.1. Actividad: Derivación a médico de AP

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Profesional médico de AE, profesional de enfermería de AP, otros.

**Criterios de Calidad:**

1. Se realiza en documento de derivación a médico de AP.
  - R.393 y/o MedoraCyL - Jimena en el caso de derivación desde AE.
  - MedoraCyL en el caso de enfermería de AP.
  - Verbalmente, en el caso de las otras vías de captación o de detección precoz.
2. La información será verbal directa y escrita
3. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado

##### 4.5.2. Actividad: Derivación a Consulta/ Unidad de tabaquismo.

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Médico de AP.

**Criterios de Calidad:**

1. Se realiza con documento de derivación a UT.
2. Se deriva según los criterios contemplados en el anexo VIII de la Guía DT.
3. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### 4.5.3. Actividad: Derivación a Consulta/ Unidad de tabaquismo durante ingreso hospitalario.

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Médico de AE y/o enfermería de AE de planta.

**Criterios de Calidad:**

1. Se deriva una vez que el paciente acepta el tratamiento.
2. Se contacta telefónicamente y se realiza documento de derivación a UT, donde se registran datos identificativos del paciente (nombre, apellidos y edad), Servicio, habitación y motivo del ingreso.
3. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

#### 4.6. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

##### 4.6.1. Actividad: Cooximetría.

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Profesional médico y/o de enfermería de AP y/o UT.

**Criterios de Calidad:**

1. Realizar en la misma consulta o en la hora anterior a la consulta de valoración.
2. La prueba se llevará a cabo según el anexo VII de la Guía DT.
3. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

##### 4.6.2. Actividad: Analítica básica.

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Profesional médico de UT.

**Criterios de Calidad:**

1. Según anexo VII de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

##### 4.6.3. Actividad: Determinación de cotinina en orina.

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Profesional médico de la UT.

**Criterios de Calidad:**

1. Según anexo VII de la Guía DT.
2. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

##### 4.6.4. Actividad: Espirometría.

**Grado recomendación:** D.

**Responsable:** Profesional médico de AP o de la UT.





**Criterios de Calidad:**

1. Realización en fumadores > 40 años, o menores si hay clínica respiratoria, y no tienen espirometría realizada en los dos últimos años.
2. Según el anexo VII de la Guía DT.
3. Se registra en la Historia Clínica, en documento físico o informatizado.

## **5. REGISTROS. DOCUMENTACIÓN**

- Historia Clínica Individual en Papel.
- Historia Clínica Electrónica (HCE), en aplicación MedoraCyL y/o Jimena.
- Documento de derivación.
- Registro de Citación para valoración y/o seguimiento.
- Cuestionarios - Test.
- Folletos informativos sobre recursos disponibles.

## **6. INDICADORES**

### **6.1.INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO**

**I1:** Porcentaje de pacientes mayores de 14 años en cuya HC está registrada **valoración del consumo de tabaco**, entre todos los mayores de 14 años.

**I2:** Porcentaje de fumadores, en cuya HC está registrado su **diagnóstico de Fase**, entre todos los fumadores registrados, que acudan a consulta en el último año.

**I3:** Porcentaje de fumadores, en cuya HC está registrada **valoración de la dependencia** (Test de Fagerström), entre todos los fumadores registrados, en fase de preparación, que acudan a consulta en el último año.

**I4:** Porcentaje de fumadores, en cuya HC está registrado haber recibido **intervención breve**, entre todos los fumadores registrados, que acudan a consulta en el último año.

**I5:** Porcentaje de fumadores, con dependencia moderada o alta, que inician tratamiento con **fármacos de primera línea**, entre todos los fumadores, que inician tratamiento farmacológico, en el último año.

### **6.2. INDICADORES DE RESULTADOS**

**I6:** Porcentaje de fumadores, en cuya HC está registrada abstinencia continua superior o igual a 12 meses, entre todos los fumadores registrados, que acudan a consulta en el último año.

## 7. TERMINOLOGÍA

Todos los términos utilizados se encuentran definidos en la Guía de Deshabituación Tabáquica de Sacyl.

### SIGLAS utilizadas:

AP = Atención Primaria

AE = Atención Especializada

DT = Deshabituación Tabáquica

EPS = Educación para la Salud

HC = Historia Clínica

HCE = Historia Clínica Electrónica

UT = Unidad de Tabaquismo

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Deshabituación tabáquica. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales. Junta de Castilla y León, 2009.
- Michael C. Fiore. Guía de tratamiento del tabaquismo. Área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Editorial Respira 2010.
- Formación Básica en Tabaquismo. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Distrito sanitario Bahía de Cádiz – la Janda.
- Miguel Barrueco; Miguel Torrecilla; Miguel Ángel Hernández; Carlos A. Jiménez; Almudena Morales; Alejandro Alonso; Dolores Plaza. Deshabituación tabáquica. Valor del resultado en la fase de acción sobre el resultado en la fase de consolidación. Archivos de Bronconeumología. Volumen 43, nº 03, Marzo 2007.
- E. Olano-Espinosa; B. Matilla-Pardo; E. Sánchez-Sanz; E. Alarcón-Aramburu. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en Atención Primaria. Atención Primaria Vol. 36. Núm. 09, 2005.
- M. Barrueco Ferrero; M. A. Hernández Mezquita; M. Torrecilla García. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 4º edición. EUROMEDICE, 2009.
- Guía para dejar de fumar de la AECC.