



Model d'assistència al Tabaquisme en Atenció Primària.

Dr. Santiago Pérez Tortosa
ABS La Llagosta

Col.laboradors: Carlos Martín,
José Luis Ballvé, Beatriz
García Rueda, Ana M^a
Gómez Quintero, Pere García

2es Jornades de la SCATT
III Trobada Programa APSF
3 de juny de 2011



El tabaquisme és una malaltia crònica de caràcter adictiu

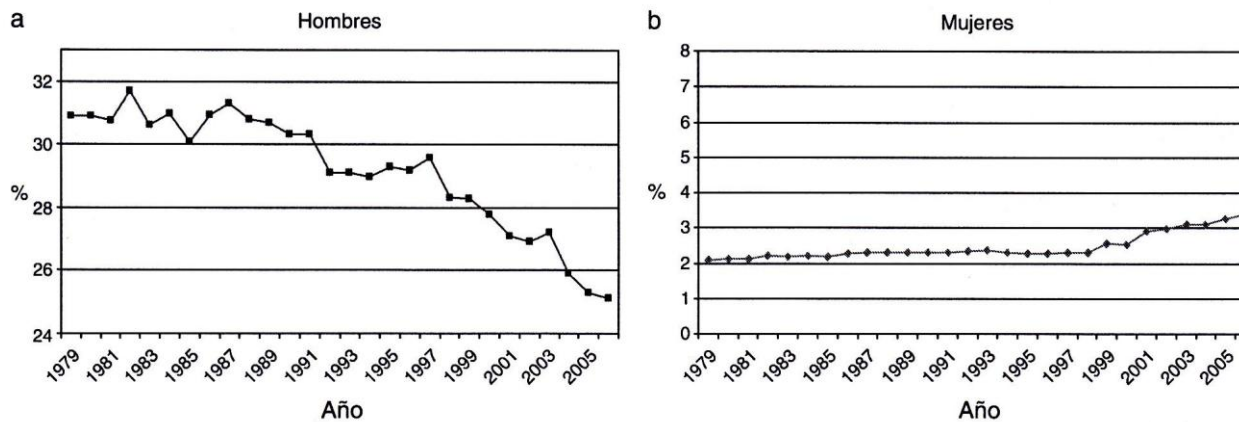
- Afecta al 27% de la població (32% homes- 22% dones)
- Primera causa de morbimortalitat
- La meitat dels fumadors moriran per una malaltia relacionada amb el seu hàbit de fumar:
 - 53.000 morts (47.000 homes i 6.000 dones)

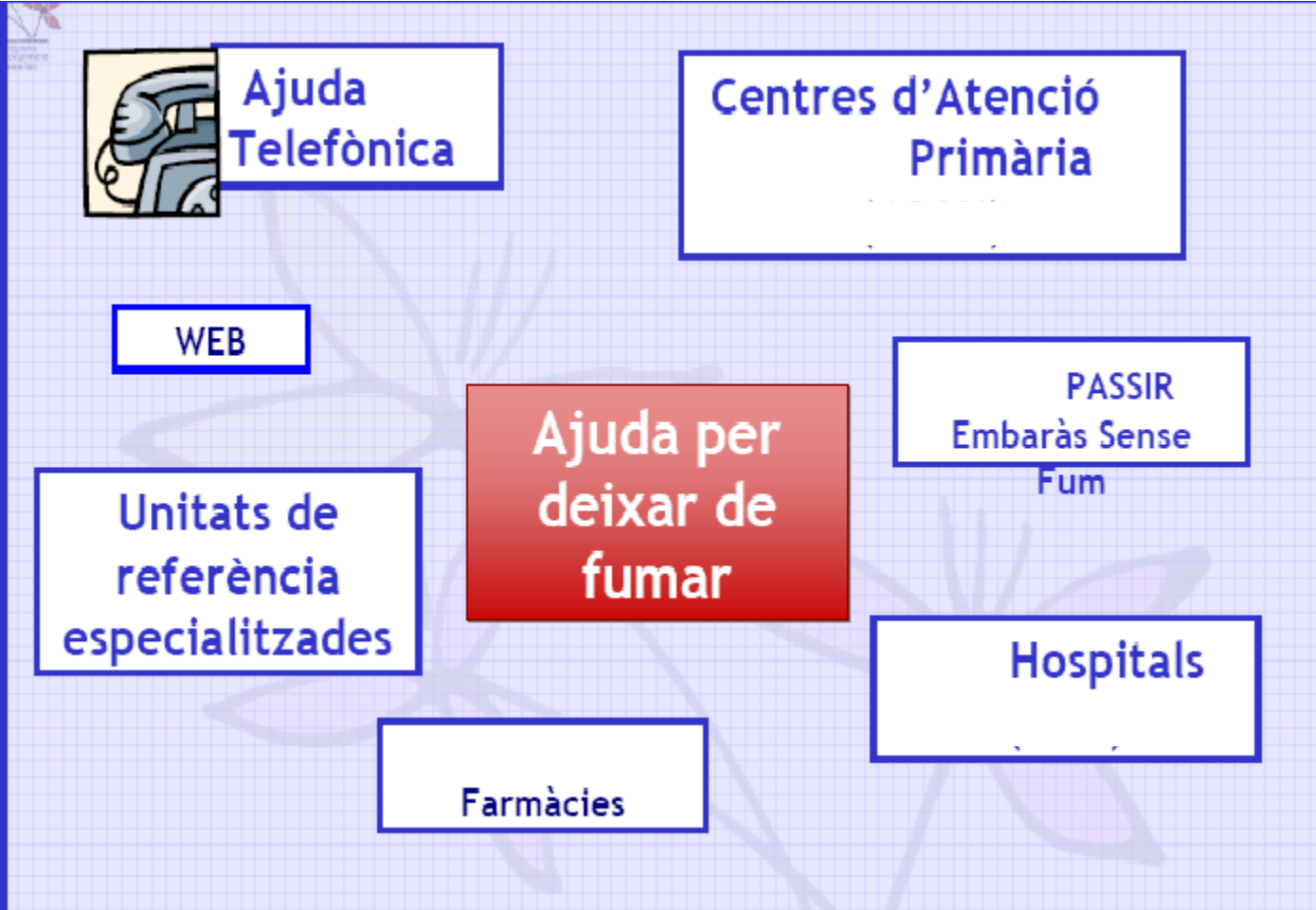
Tabla 4

Muertes atribuibles* al consumo de tabaco en individuos de 35 y más años. España, 1978-2006

Año	Total n (%)	Varones n (%)	Mujeres n (%)
Total 2006	53.155 (100)	47.174 (88,7)	5.981 (11,3)
Total 2001	54.233 (100)	49.366 (91,0)	4.867 (9,0)
Total 1998	55.613 (100)	51.431 (92,5)	4.182 (7,5)
Total 1995	53.964 (100)	50.098 (92,8)	3.866 (7,2)
Total 1992	51.704 (100)	47.867 (92,6)	3.837 (7,4)
Total 1989	47.232 (100)	44.077 (93,3)	3.155 (6,7)
Total 1978	37.259 (100)	35.978 (96,6)	1.281 (3,4)

* Causas consideradas: todas las indicadas en la tabla 1.







Atenció Primària

- Àmbit natural de les activitats preventives.
- Porta d'entrada del sistema sanitari.
- En un any visitem el 75% de la població.
- Relació prolongada en el temps.
- Alta freqüentació i fàcil accessibilitat.



Impacte teòric en l'abandonament del tabac

- Més de 2/3 dels pacients fumadors volen deixar de fumar.
- Un 1% anual ho deixa sol. Acumulat pot arribar a un 7%.
- Consell breu 5% d'abstinència.
- Amb consell professional es pot arribar al 25%-30%.
- Potencialment entre 400.000 i 500.000 persones podrien deixar de fumar durant aquest any.



- S'estima que 20 hores de temps dedicat per un metge d'AP durant el transcurs d'un any, pot representar més de 8 anys de vida guanyats en la seva població el que fa que aquest tipus d'intervenció sigui la més rendible de les intervencions disponibles

Royal College of Physicians; 2000

Thorax 2000;55:987–99.

United States

Department of Health and Human Services; 1988.



Han passat gairebé 32 anys des del treball de Russell

BRITISH MEDICAL JOURNAL 28 JULY 1979

231

PAPERS AND ORIGINALS

Effect of general practitioners' advice against smoking

M A H RUSSELL, C WILSON, C TAYLOR, C D BAKER



These results therefore suggest that if all 20 000 and more GPs in Britain were to adopt this simple measure the total yield could exceed half a million ex-smokers a year, and possibly similar results could be obtained for several ensuing years. This

•500.000 x 32 anys=16 milions d'exfumadors



Consells anti-tabac

Consell breu

- Dirigit a tots els fumadors.
- Objectiu “Consell breu sistematitzat”.
- Durada de 3 a 10 minuts < menys de 3 sessions.
- Recomanar actuar segons estadius del canvi (Prochaska i Di Clemente)
- Amb la finalitat de:
 - Averiguar
 - Aconsellar (consell clar, breu i contundent)
 - Actuar segons estadiu del canvi. Busquem avançar en el procés del canvi. Si accepte posar una data de cesament i accepte un seguiment...



Consells anti-tabac

Consell intensiu:

- Dirigit a tots aquells pacients que volen deixar de fumar.
- Més de 3 sessions
- Contactes $\geq 10'$
- 6-7 visites
- Temps de seguiment 6-12 mesos

Abans del dia D (1^a visita):

- Història del fumador (edat d'inici, consum actual, intents previus, recaigudes)
- Revisar història clínica fent èmfasi en malalties relacionades
- Valorar i treballar la motivació
- Valorar Dependència i la necessitat de tract. Farmacològic
- Verbalitzar dificultats previsibles: pors i dubtes
- Entorn familiar, social i laboral.
- Activitats de preparació
- Pesar i tallar
- Fixar dia "D"
- Donar Fulletó

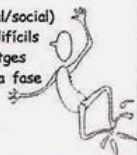


Abans del dia D (2^a visita):

- Revisar activitats de preparació i registres
- Informar de la síndrome d'abstinència
- Explicar tractament farmacològic
- Donar consells per als primers dies
- Estratègies per evitar situacions de risc
- Confirmar dia "D"
- Informació i prevenció de recaigudes

3-8 dies després del dia D: Fase de Eufòria

- Confirmar abstinència
- Valorar símptomes de l'abstinència: intensitat i freqüència
- Verificar tractament farmacològic: compliment i efectes adverses
- Preguntar per l'entorn (familiar/laboral/social)
- Valorar com s'afronten les situacions difícils
- Afavorir la verbalització de les avantatges
- Advertir de la possible aparició de la fase "DOL"
- Pesar



10-15 dies després del dia D: Fase de Dol

- Confirmar abstinència
- Valorar símptomes de l'abstinència: intensitat i freqüència
- Verificar tractament farmacològic: compliment i efectes adverses
- Preguntar per l'entorn (familiar/laboral/social)
- Valorar el "DOL": Fenomen de "pèrdua del amic", sensació de buit
- Interrogar per augment de la gana i trastorns del son
- Informar del risc de recaigudes i causes.
- Emfatitzar avantatges
- Pesar



15-30 dies després del dia D: Fase de Normalització

- Confirmar abstinència
- Valorar símptomes de l'abstinència: intensitat i freqüència
- Recordar avantatges
- Control tractament farmacològic: compliment i efectes adverses
- Prevenir de les Falses Seguretats
- Treballar el risc de recaigudes i causes
- Pesar



2-3 mesos després del dia D: Fase de Consolidació

- Confirmar abstinència
- Finalitzar tractament
- Advertir de recaigudes socials (festes, celebracions)
- Avisar de les "Fantasies de Control" ara ja puc fumar una cigarreta quan jo vulgui, esporàdicament"
- Recordar els avantatges a llarg termini
- Pesar



!FELICITAR!



Consells anti-tabac

Unitat especialitzada de tabaquisme: Fumadors amb característiques especials.

- Varis intents seriosos amb seguiment professional i no exitosos.
- Patologia psiquiàtrica afegida .
- Embarassades.
- Altres drogo-dependències associades.
- Cardiopatia isquèmica no estable.
- Arrítmies greus.
- Malalties cròniques no controlades.



Abordatge tabaquisme a l'ABS La Llagosta

- Situació inicial desigual heterogènia.
- Varem decidir generalitzar l'atenció al tabaquisme.
- “Normalitzar” el tractament del tabaquisme com a decisió d'equip.



Abordatge tabaquisme a l'ABS La Llagosta

1. **Programa ABS Sense Fum.** Comporta uns compromissos de tot l'equip ver l'atenció al tabaquisme.
2. **Formació:** Inicial i continuada.
 - Interna
 - Externa (SAP, Jornades, GRAPAT.....)
 - Unitat tabaquisme Mollet (Angela Martínez)
 - Estades
 - Grup de tabaquisme
 - Lligada a projectes de recerca.
 - Continguts. Farmacologia, entrevista motivacional.



Abordatge tabaquisme a l'ABS La Llagosta

3. Recerca:

- Grup de recerca de l'aparell respiratori del Vallès oriental.
Línia de tabaquisme:
 - Asma ocupacional
 - Cavipoc
 - Inold
- BIBE
- ITADI



Abordatge tabaquisme a l'ABS La Llagosta

4. Model d'atenció: TOT L'EQUIP amb referents (1 metge+1 infermera)

- Funció referents:
 - Ajut - motivació
 - Actualitzacions/Recerca
 - Consultes puntuals, de casos especials amb limitacions (l'agenda és la mateixa).
 - Facilitador per a professionals nous i possibles resistents.
 - Possibilitat de rotació
 - Funció similar a altres referents



Abordatge tabaquisme a l'ABS La Llagosta

5. **Teràpia Grupal:** El proper any s'iniciarà teràpia grupal, formació inicial de dos infermeres i un metge amb intenció de rotar progressivament altres membres de l'equip en una cadència de 1 – 2 anys.



Avantatges abordatge tabaquisme en equip **-1-**

- S'arriba a molta més gent. (prevalença 27%)
- És fonamenta en l'organització del centre, no depen de persones concretes. És el més propi de l'Atenció Primària.
- El metge/infermera habitual és el que millor coneix al seu pacient i té la millor relació de confiança i empatia.



Avantatges abordatge tabaquisme en equip -2-

- **Seguiment:** És més fàcil tant el seguiment oportunista com el de control.
- **Accesibilitat:** Màxima, no necessita derivacions, no són agendes específiques i és en els horaris habituals.
- **Oportunitat:** Moltes vegades aprofitem episodis aguts o control d'una patologia crònica.
- **Integralitat:** Hem d'intentar relacionar-lo amb altres activitats preventives i possibilita intervencions conjuntes de medicina i infermeria.



Avantatges abordatge tabaquisme en equip -3-

- El pacient valora molt el consell anti-tabac, enforteix molt la rel·lació sanitari-pacient.
- Els èxits millora la rel·lació futura amb els seus sanitaris de referència.
- Les recaigudes es toleren millor. Més facilitats per nous intents.



Avantatges abordatge tabaquisme en equip - 4-

- **Punts claus:**

- Formació
- Treball conjunt medicina i infermeria
- Professional referent o facilitador
- **NORMALITZAR** el tractament del tabaquisme (no hauria de ser molt diferent a l'atenció que fem en HTA, Diabetes, Obesitat ...)



Desavantatges abordatge tabaquisme en equip

- “Ho fem tots” i no uns quants amb una millor excel·lència.
- Variabilitat. El grau de motivació i d'eficàcia és heterogeni però, això s'observa en aqualsevol altre pràctica habitual de qualsevol problema de salut.



Resistències abordatge tabaquisme en equip

- Manca de formació/confiança. S'han de facilitar recursos formatius.
- Manca de temps. Hem de prioritzar problemes. Atendre 1 o 2 fumadors a la setmana seria suficient.
- Percepció d'ineficàcia de la intervenció
- Reticències a plantejar un problema que pot ser sensible pel pacient
- Casos difícils

La majoria d'aquestes resistències poden trobar-se als processos d'atenció d'altres patologies.



Coordinació entre medicina i infermeria

- En la pràctica ens trobem situacions molt heterogènies
- La rel·lació hauria de ser similar a la que es fa a altres patologies
- Model A:
Detecció, diagnòstic i consell breu per metge/infermera.
Seguiment, controls i consell intensiu per infermeria. Tractament farmacològic el metge.
- Model B:
Detecció, diagnòstic, consell breu, consell intensiu, seguiment i controls per metge o infermeria. Tractament farmacològic per metge.



Diferències entre consultes específiques i consultes generals.

- Més temps de dedicació.
- Seguiment prolongat.
- Tractament farmacològic.
- Validació objectiva de l'abstinència.
- Avaluació de resultats.
- Més alta taxa d'èxit , arriba a menys gent.

R. Córdoba Med.Clini(Barc) 2002;119 (14):541-9

Pérez Trullen A. et als Arch Bronconeumol 2004; 40 (Sup 3): 63-73

Tabla 6.8 Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para varios niveles de intensidad de duración de las sesiones (*n* = 43 estudios)^a

Nivel de contacto	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasas estimadas de abstinencia (IC del 95%)
Sin contacto	30	1,0	10,9
Consejo (<3 minutos) mínimo	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
Consejo de baja intensidad (3-10 minutos)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
Consejo de mayor intensidad (>10 minutos)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

Tabla 6.10. Metanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para el número de sesiones de tratamiento con contacto directo ($n = 46$ estudios)^a

Número de sesiones	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasas estimadas de Abstinencia (IC del 95%)
0-1 sesiones	43	1,0	12,4
2-3 sesiones	17	1,4 (1,1-1,7)	16,3 (13,7-19,0)
4-8 sesiones	23	1,9 (1,6-2,2)	20,9 (18,1-23,6)
> 8 sesiones	51	2,3 (2,1-3,0)	24,7 (21,0-28,4)

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.



Conclusions

- Model més adaptat a les característiques de l'Atenció Primària.
- Normalitza l'atenció al tabaquisme.
- S'arriba a més gent.
- Model d'equip no de persones concretes.
- Enforteix la rel·lació sanitari-pacient.
- Poden conviure varis models o models de transició.





Moltes Gràcies !!!!!!!!!!!!!!!!