

GUÍA DE ACTUACIÓN EN PACIENTES FUMADORES INGRESADOS EN UNIDADES DE SALUD MENTAL



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública
de Catalunya



ICO
Institut Català d'Oncologia

Xarxa Catalana
d'Hospitals sense fum
www.xchsf.com



Algunos derechos reservados

© 2012, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-No-Comercial-SinObras Derivadas 3.0 de Creative Commons. Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que no se haga un uso comercial y se cite la fuente y el documento original.

La licencia se puede consultar en: <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, noviembre del 2013.

Traducción al castellano:

Gloria Adam Torres. Psicóloga. Hospital de Mollet.

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

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

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

Asesoramiento lingüístico:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

Cita sugerida:

Ballbè M, Cano M, Contel M, Feria I, Hernández R, Pagerols J, Sanz MT. Guía de actuación en pacientes fumadores ingresados en unidades de salud mental. Barcelona: Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, Institut Català d'Oncologia, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2013.



AUTORÍA Y COLABORACIONES

Autores

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 Fera Raposo. Enfermera. CASM Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.

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

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

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

Colaboradores

Francesc Bleda Garcia. Enfermero. Consorci Hospitalari de Vic.

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

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

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

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

Esteve Fernández Muñoz. Médico. 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. Psiquiatra. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

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

Concepció Martí Castellà. Enfermera. Hospital de Mollet.

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

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

Anna Pla i Sánchez. Enfermera y psicóloga. Institut d'Assistència Sanitària. Salt.

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

M. Antònia Raich Soriguera. Psicóloga. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa.

Esteve Saltó Cerezuela. Médico. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Teresa Sarmiento Luque. Psicóloga. Hospital de Mollet.

Susana Subirà Álvarez. Psiquiatra. Fundació Sociosanitària de Barcelona.

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

Joan Viñas Amat. Psicólogo. Hospital Mútua de Terrassa.



GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PACIENTES FUMADORES INGRESADOS

Índice

1. Introducción	pág. 5
2. Objetivos	pág. 6
3. Campo de aplicación	pág. 6
4. Personal implicado	pág. 6
5. Recursos	pág. 7
6. Realización	pág. 8
6.1. Actuaciones en el servicio de urgencias	pág. 8
6.2. Actuaciones durante el ingreso	pág. 8
6.2.1. Actuaciones durante la acogida	pág. 8
6.2.2. Actuaciones durante el proceso asistencial	pág. 9
6.2.3. Actuaciones al alta y en la derivación	pág. 10
7. Glosario	pág. 11
8. Anexos	pág. 13
9. Referencias	pág. 24

1. Introducción

El tabaco es una de las principales causas evitables de muerte.¹ La Ley actual de medidas sanitarias frente al tabaquismo (Ley 42/2010) prohíbe fumar en los espacios tanto interiores como exteriores de las unidades de salud mental hospitalaria (exceptuando las unidades de media y larga estancia), de manera que las iguala al resto de unidades de hospitalización de otras especialidades. Esta normativa no sólo aporta una normalización hacia la diferenciación y discriminación, sino que también protege la salud tanto de los pacientes como de los trabajadores. El humo ambiental del tabaco se asocia a cáncer de pulmón, síntomas respiratorios y enfermedades cardiovasculares.^{2,3} Además, los pacientes con trastornos mentales graves mueren de media unos 25-30 años antes que la población general, en primer lugar, a causa de enfermedades cardiovasculares y, en segundo lugar, por enfermedades respiratorias.^{4,5} Ofrecer un ambiente libre de humo protegerá la salud de estos pacientes, mejorará la seguridad, por el hecho de reducir el riesgo de incendio o de quemaduras relacionadas con el consumo de tabaco y/o el uso de encendedores y, al mismo tiempo, nos ofrecerá la oportunidad de iniciar intervenciones motivacionales y sensibilización sobre el consumo de tabaco de los pacientes.

La Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum trabaja con el objetivo de avanzar en el control del tabaquismo en los hospitales de Catalunya. Dentro de la Xarxa, el Grup de treball en Tabac i Salut Mental, que reúne a 28 profesionales de la salud mental, ha trabajado con el objetivo de definir las actuaciones de cara a una implementación efectiva de las unidades libres de humo con esta *Guía de actuación en pacientes fumadores ingresados en unidades de salud mental*. Estas recomendaciones surgen del consenso de todos los autores, los cuales se han basado en la literatura científica y en la propia experiencia clínica diaria y con la revisión final de todos los colaboradores.

Esta guía complementa dos documentos elaborados anteriormente por el grupo. Por un lado, TABACO Y SALUD MENTAL: GUÍA DE BUENA PRÁCTICA HOSPITALARIA, que es un compendio de los principios generales para un correcto control del tabaquismo en las unidades hospitalarias de salud mental; por la otra, la GUIA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN EL CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL, en la que se profundiza en la intervención clínica del consumo de tabaco en estos pacientes.

Esperamos que este documento sirva de orientación para una correcta y efectiva implementación de unidades libres de humo, con el objetivo principal de promover

2. Objetivos

Objetivo del documento

Definir la actuación del equipo multidisciplinar que atiende los pacientes fumadores ingresados en unidades de salud mental.

Objetivos de las actuaciones propuestas en el documento

- Evitar la sintomatología de abstinencia de nicotina en los pacientes ingresados.
- Sensibilizar a los pacientes que ingresan para dejar de fumar o para reducir el consumo.
- Derivar a la consulta para cesación tabáquica cuando esté indicado.
- Favorecer las dinámicas del equipo asistencial en las unidades de salud mental libres de humo.

3. Campo de aplicación

La población diana son todos los pacientes fumadores que ingresan en una unidad de hospitalización de salud mental.

4. Personal implicado

- El personal implicado incluye a todo el equipo sanitario que intervenga durante el ingreso.
- Se aconseja que se designe a una persona responsable o referente en tabaco en cada unidad, departamento u hospital.
- Es aconsejable que los responsables o referentes en tabaquismo lideren la puesta en marcha de este proyecto en la unidad o servicio y hagan un seguimiento del desarrollo y de las dificultades que puedan aparecer.
- La cohesión del equipo, la consistencia y la coherencia en sus actuaciones ante los pacientes son fundamentales.
- Hace falta un apoyo conjunto, tanto de la dirección como del resto de estamentos, en la planificación e implementación de este proyecto.

5. Recursos

Recursos necesarios

- Normativa escrita definida de forma clara y concisa sobre los espacios sin humo del servicio.
- Protocolo propio de intervención en los pacientes fumadores ingresados.
- Criterios de actuación en caso de incumplimiento.
- Fármacos de terapia sustitutiva con nicotina (TSN): parches de diferentes dosis y chicles o comprimidos.
- Formación de los profesionales en intervención sobre el consumo de tabaco en pacientes con trastorno mental.

Recursos recomendables

- Protocolo de actuación en caso de incumplimiento.
- Folletos informativos sobre tabaquismo y la normativa de la unidad sobre el consumo de tabaco tanto para los pacientes como para la familia.
- Material de trabajo psicoeducativo sobre el tabaco.



6. Realización

6.1. Actuaciones en el servicio de urgencias

- Informar tanto a los pacientes como a sus familias del hecho que se encuentran en un recinto libre de humo, según la Ley 42/2010 (ver anexo I).
- Recoger datos relacionados con el consumo de tabaco durante la anamnesis: si se trata de fumadores o no fumadores, y la valoración de la dependencia con el índice de dependencia del tabaco (ver anexo II. También es posible utilizar el cuestionario del anexo IV).
- Ofrecer TSN, si está indicado.

Al alta del servicio de urgencias

- Si es al domicilio, es aconsejable realizar una intervención breve sobre el consumo de tabaco y dar información sobre la posibilidad de seguimiento (ABS o unidades especializadas).
- Si ingresa en la unidad, los facultativos responsables del ingreso han de asegurarse que queda pautado el tratamiento con TSN juntamente con el resto de medicación de los pacientes.

6.2. Actuaciones durante el ingreso

6.2.1. Actuaciones durante la acogida

- Informar a los pacientes, a las familias o a los acompañantes que se encuentran en un recinto o unidad libre de humo, según la Ley 42/2010 (ver anexo I) y que se dispone de los medios para abordar el tabaquismo y solicitar su colaboración para el buen funcionamiento del proceso asistencial.
- Recoger los datos relacionados con el consumo de tabaco (ver anexo III) y realizar el test de Fagerström (ver anexo IV. También se puede utilizar el cuestionario del anexo II).

- Valorar la posibilidad de prescripción de TSN (ver la dosis de parches / chicles / comprimidos en el anexo V).
- Informar sobre la normativa del centro en caso de incumplimiento.

6.2.2. Actuaciones durante el proceso asistencial

- Intervención en pacientes fumadores (plan terapéutico individualizado).
Revisar de forma continuada la TSN para valorar si aparece sintomatología de abstinencia o signos de intoxicación y, si es necesario, cambiar la pauta de la TSN.
- Recordar, en el ingreso, la normativa del hospital para evitar incumplimientos.
En caso de incumplimiento aplicar los criterios de actuación o el protocolo pertinente (ver los anexos VI y VII).
Registrar las incidencias relacionadas con el tabaco en el curso clínico de los pacientes y también en los registros que cada hospital tenga para ello.
- Gestión del consumo de tabaco en los permisos.
En los permisos se ha de motivar a los pacientes y recomendar el seguimiento del tratamiento con la TSN para mantener la abstinencia. Si los pacientes manifiestan el deseo de fumar durante el permiso, se ha de valorar el consumo de tabaco y modificar la dosis de la TSN antes, durante y después de la salida (ver el anexo VII). También se tendrá que valorar la dosis de los psicofármacos.
- Planificación de las intervenciones.
Se recomienda implementar intervenciones de diferente intensidad en función del estado de los pacientes e integrarlas en las actividades que se están llevando a cabo en la unidad.
Los grupos pueden ser psicoeducativos y/o psicoterapéuticos. Se recomienda que a los grupos psicoeducativos acudan todos los pacientes (fumadores y no-fumadores) y solo los fumadores a los grupos psicoterapéuticos.
- Algunos aspectos a tener en cuenta, son los siguientes:
 - Hay que implicar a todo el personal asistencial.
 - Se ha de trabajar con los pacientes, en grupo y/o de forma individual, tanto el consumo de tabaco como temas generales sobre el tabaquismo.

- Se ha de establecer de forma estructurada el programa de las actividades para mantener la continuidad.

6.2.3. Actuaciones al alta y en la derivación

- Gestión de las dosis de psicofármacos.
Valorar las dosis de psicofármacos según la decisión que tomen los pacientes en relación con la continuidad de la cesación tabáquica.
- Registrar en el informe de alta hospitalaria los siguientes datos:
 1. El diagnóstico de dependencia de la nicotina en el eje I.
 2. Las dosis de la TSN requeridas en el ingreso.
 3. Registrar la pauta de la TSN al alta, si el paciente la precisa.
 4. Hacer constar la intervención realizada en el consumo de tabaco y la necesidad de seguimiento.
 5. El dispositivo a donde se deriva.
- Derivación según se precise.
Al especialista habitual de cada paciente: los pacientes deben recibir un tratamiento integral del proceso que les afecta, incluyendo en él la sensibilización / cesación tabáquica. En el dispositivo de salud mental donde habitualmente son atendidos los pacientes (CSMA o CAS) ha de poder abordarse el tabaquismo.



7. Glosario

Abstinencia: Privación de fumar (o consumir) tabaco durante un período de tiempo determinado.

Cesación tabáquica [abandono, deshabitación]: Interrupción del consumo de tabaco y proceso de reaprendizaje para vivir sin fumar.

Deseo de fumar (*craving*): Experiencia subjetiva de deseo muy potente de fumar o consumir tabaco.

Dependencia de la nicotina: Patrón desadaptativo de consumo de tabaco que comporta un deterioro o malestar clínicamente significativo y en el que aparecen un mínimo de tres de los criterios siguientes: tolerancia, síndrome de abstinencia o consumo para eliminar el síndrome, pérdida de control, deseo infructuoso de abandonar el consumo, dedicación excesiva a la obtención o al consumo, limitación del repertorio de actividades y uso continuado a pesar de las consecuencias negativas.

Fumador: Persona que fuma cualquier tipo de tabaco, ya sea diariamente o de forma ocasional.

Intervención breve [intervención mínima, intervención de baja intensidad]: Intervención oportunista de 5 a 10 minutos de duración dirigida a todos los fumadores y que deben llevar a cabo todos los profesionales de la salud. Consiste en preguntar a los pacientes si fuman, aconsejarles la cesación, valorar la disposición para dejar de fumar, ayudarlos y programar visitas de seguimiento.

Intervención psicoeducativa: Es aquella que se realiza con el propósito de incrementar el conocimiento que tienen los pacientes fumadores sobre el consumo de tabaco y las repercusiones que tiene, tanto físicas como psíquicas, así como sobre los tipos de intervención y tratamientos recomendados.

Intervención psicoterapéutica: Son aquellas técnicas de naturaleza verbal en las que se busca una mejoría sintomática y una modificación de diferentes aspectos de la vida psíquica del sujeto en el contexto del diálogo entre paciente

y terapeuta.⁶ En el caso de la cesación tabáquica se han valorado como especialmente útiles algunas técnicas de la terapia cognitivo-conductual, como son el manejo de contingencias, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la prevención de recaídas, la reestructuración cognitiva o el abordaje motivacional.

Motivación: Estímulos que mueven a las personas a realizar determinadas acciones y a ser constantes hasta culminarlas (en este caso, la intención de dejar de fumar).

Nicotina: Alcaloide presente en la planta del tabaco que se considera el responsable principal de las propiedades adictivas del tabaco.

No fumador: Persona que no fuma actualmente. Según la definición de la OMS, es la persona que no ha fumado nunca o que no ha llegado a fumar diariamente durante 6 meses o más en el pasado.

Recaída: Cualquier retorno a la conducta tabáquica después de un período inicial de abstinencia.

Sensibilización: Intervención dirigida a aumentar la conciencia de que el consumo de tabaco es un problema para uno mismo y los demás y que puede ser modificado.

Sintomatología de abstinencia a la nicotina [síndrome de abstinencia]: Conjunto de síntomas provocados por la cesación o la reducción brusca de una sustancia adictiva o conducta adictiva como, por ejemplo, el tabaco.

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN): Tratamiento de primera línea del tabaquismo que aporta nicotina por una vía diferente a la del cigarrillo, con la intención de reducir la gravedad del síndrome de abstinencia. Como vías de administración tenemos la transdérmica (parche), la oral (chicles y comprimidos), la intranasal (espray nasal), la inhalatoria (inhaladores) o el spray bucal. Los inhaladores y los spray nasal no se comercializan en España.

Test de Fagerström: Test que mide la dependencia de la nicotina a través de una escala unidimensional de 6 ítems con puntuación de 0 a 10.

8. Anexos

I. Información escrita para pacientes, familiares y/o acompañantes	pág. 14
II. Índice de dependencia del tabaco (Heavy Smoking Index, HSI)	pág. 15
III. Hoja de recogida de datos sobre el consumo de tabaco	pág. 16
IV. Test de Fagerström	pág. 17
V. Tratamiento con TSN. Criterios orientativos	pág. 18
VI. Algoritmo de actuación ante la sospecha de incumplimientos	pág. 19
VII. Elementos a tener en cuenta para elaborar el protocolo de incumplimientos	pág. 20
VIII. Gestión de la TSN durante los permisos	pág. 21
IX. Aspectos relevantes sobre las unidades de salud mental sin humo	pág. 22



Información sobre la normativa de consumo de tabaco

La Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que se aplica desde el 2 de enero del 2011, establece la prohibición de fumar en los centros sanitarios, incluidos los espacios abiertos. Consecuentemente con esta normativa, está prohibido fumar en todos los recintos de los centros hospitalarios, incluidas las zonas abiertas y aceras que delimitan los centros (definido como “recintos”).

Ver el artículo 7 “Prohibición de fumar” y la disposición adicional octava “Centros o establecimientos psiquiátricos” y la disposición adicional décima de la Ley 42/2010 (BOE núm. 318, de 31.12.10).

Anexo II. Índice de dependencia del tabaco (Heavy Smoking Index, HSI)

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?

- (3) Hasta 5 minutos
- (2) De 6 a 30 minutos
- (1) De 31 a 60 minutos
- (0) Más de 60 minutos

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

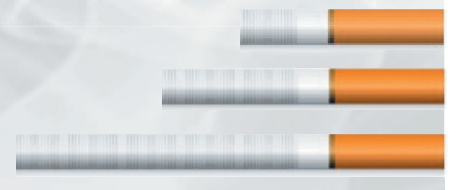
- (0) 10 o menos
- (1) Entre 11 i 20
- (2) Entre 21 i 30
- (3) 31 o más

Según la respuesta de cada fumador o fumadora a cada una de las preguntas se obtiene una puntuación determinada (entre paréntesis). El sumatorio de todos los puntos da la puntuación del test.

De 0 a 2 puntos: dependencia baja de la nicotina

De 3 a 4 puntos: dependencia media de la nicotina

De 5 a 6 puntos: dependencia alta de la nicotina



Anexo III. Hoja de recogida de datos sobre el consumo de tabaco

DURANTE LA ACOGIDA

Núm. de historia clínica: _____

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____

Es fumador/a? Sí No

¿En el entorno familiar en el que convive se fuma?

Sí No

Número cigarrillos / día (valor único) _____

Edad del primer consumo de tabaco: _____

Test de Fagerström de dependencia:

0-4, Baja 5-6, Media 7 y mayor, Alta

¿Intentos previos de abandono? Sí No

Tiempo máximo de abstinencia (días) _____

Utilización de terapia sustitutiva con nicotina pre-

vios: (TSN):

Parches Chicles Comprimidos Nada

Consumo de otros tóxicos actualmente:

Alcohol Drogas de diseño

Cánnabis Heroína

Cocaína Otras

DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

Tratamiento prescrito al inicio del ingreso (pauta):

TSN: Sí No

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

TSN oral: Sí No _____

Durante los permisos terapéuticos, ¿el paciente ha fumado? Sí No _____

Incidencias producidas durante el ingreso en relación con la normativa de no fumar:

Actitud demandante de tabaco: Sí No

Actitud demandante de TSN oral: Sí No

Agresividad verbal: Sí No

Agresividad física: Sí No

¿Tiene tabaco escondido? Sí No

¿Como ha conseguido el tabaco?

Por un familiar Por amigos

A través del tráfico entre pacientes Otros

Fuma escondido: Sí No

Medidas adoptadas ante la situación de conflicto:

Contención verbal

Contención mecánica

Contención farmacológica (no incluye TSN)

DURANTE EL ALTA

Intención de dejar el consumo de tabaco al alta: Sí No

Tratamiento al alta:

TSN: Sí No

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

TSN oral: Sí No _____

Anexo IV. Test de Fagerström

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?

- (3) Hasta 5 minutos
- (2) De 6 a 30 minutos
- (1) De 31 a 60 minutos
- (0) Más de 60 minutos

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (por ejemplo, cines, bibliotecas, etc.)?

- (1) Sí
- (0) No

¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?

- (1) El primero de la mañana
- (0) Cualquier otro

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- (0) Menos de 10 cigarrillos
- (1) Entre 11 y 20 cigarrillos
- (2) Entre 21 y 30 cigarrillos
- (3) Más de 30 cigarrillos

¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse que el resto del día?

- (0) No
- (1) Sí

¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?

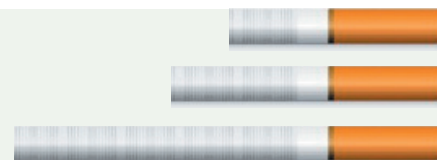
- (0) No
- (1) Sí

Según la respuesta de cada fumador o fumadora a cada una de las preguntas se obtiene una puntuación determinada (entre paréntesis). El sumatorio de todos los puntos da la puntuación del test.

De 0 a 4 puntos: dependencia baja de la nicotina

De 5 a 6 puntos: dependencia media de la nicotina

De 7 a más puntos: dependencia alta de la nicotina



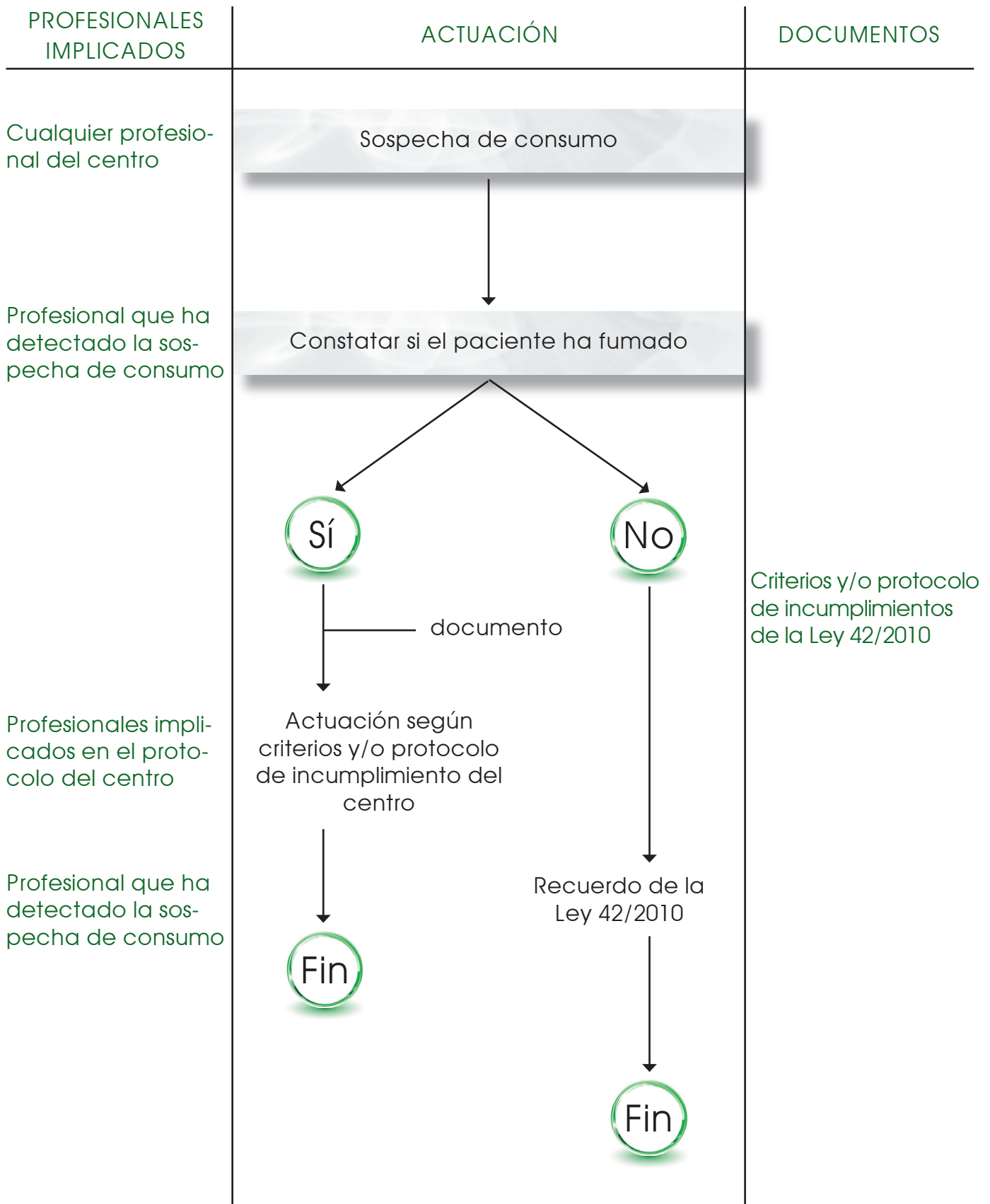
Anexo V. Tratamiento con TSN. Criterios orientativos

Número de cigarrillos / día	Tiempo desde que los pacientes se levantan hasta que fuman el primer cigarrillo del día	TSN recomendada
≤ 14	> 60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar dispensación de chicles o comprimidos. - Opción parche de concentración menor: 7 mg (24 h) / otros equivalentes.
De 15 a 19	De 30 a 60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Parche de concentración media: 14 mg (24 h) / 10 mg (16 h) / otros equivalentes. - Complementar con chicles o comprimidos.
≥ 20	< 30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Parche de concentración mayor: 21 mg (24 h) / 15 mg (16 h) / otros equivalentes. - Complementar con chicles o comprimidos.

Para más información sobre el tratamiento del consumo de tabaco, consulten la GUÍA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN EL CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL.



Anexo VI. Algoritmo de actuación ante la sospecha de incumplimientos



Anexo VII. Elementos a tener en cuenta para elaborar el protocolo de incumplimientos

- Es importante que los pacientes y sus familias estén informados de la normativa; por eso, recordaremos siempre que sea necesario que somos un hospital sin humo, donde no se puede fumar en ningún lugar del recinto hospitalario. Para recordarlo, se pueden poner carteles en lugares bien visibles.
- Conviene explicar que hay disponible tratamiento farmacológico (TSN) para evitar el síndrome de abstinencia a la nicotina durante la estancia hospitalaria.
- En caso de detectar que un paciente fuma dentro de la unidad, le recordaremos nuevamente que no está permitido fumar en el hospital, le informaremos del peligro para la seguridad que supone fumar bajo los efectos del tratamiento farmacológico (ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, etc.) y le pediremos el tabaco y el mechero, sin enfrentarnos. Es aconsejable encontrar la colilla cuando notamos olor a tabaco con el fin de asegurarnos de que está apagada.
- En caso de falta de colaboración o riesgo de fuga, hay que avisar al psiquiatra o la psiquiatra de referencia, o si no hay, de guardia, para efectuar el registro de la habitación y de sus pertenencias en busca del tabaco y el mechero, para la seguridad tanto del paciente como del resto de pacientes y el personal.
- Hay que registrar la incidencia por escrito, donde conste: identificación del paciente, lugar de detección, fecha y hora, actuaciones de enfermería (registro del paciente, registro de la habitación, retirada del tabaco, mechero, cerillas), estado del paciente (colaborador, irritable, agitado...) y otras observaciones.

Anexo VIII. Gestión de la TSN durante los permisos

Consumo de tabaco durante el permiso	Situación	Actuación
El paciente no fumará	Buena conciencia de la enfermedad, buen cumplimiento del tratamiento, buen nivel motivacional	Dejar la misma dosis de TSN
El paciente fumará menos que antes del ingreso	Reducción de la mitad de cigarrillos, aproximadamente	Reducir la dosis del parche de TSN
El paciente fumará lo mismo que antes del ingreso		Retirar el parche de TSN

Anexo IX. Aspectos relevantes sobre las unidades de salud mental sin humo

LAS UNIDADES SIN HUMO son aquellas unidades donde no se permite fumar ni en el interior ni en el exterior de las dependencias.

- LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN SIN HUMO OFRECEN UNA BUENA OPORTUNIDAD PARA INTERVENIR SOBRE EL CONSUMO DE TABACO DE LOS PACIENTES.

El ingreso de los pacientes en una unidad de hospitalización sin humo puede ser una de las pocas ocasiones en que el paciente experimenta un periodo más o menos largo sin tabaco y en el que queda apartado de los estímulos ligados al hecho de fumar. En este contexto, los pacientes disponen de ayuda profesional y acceso a TSN, hecho que permite que los pacientes se den cuenta de que son capaces de mantenerse abstinentes y puedan aumentar la motivación para dejar de fumar posteriormente.⁷ De hecho, al menos la mitad de los pacientes fumadores ingresados expresan que estarían interesados en dejar de fumar.^{8,9}

Otro dato a tener en cuenta es el hecho de que el estar ingresados en unidades en las que se permite fumar puede comportar que no fumadores empiecen a fumar y que recaigan exfumadores.¹⁰

- LAS UNIDADES SIN HUMO NO PROVOCAN UN AUMENTO DE LOS INCIDENTES RELACIONADOS CON LOS PACIENTES INGRESADOS FUMADORES.

Las prohibiciones parciales de consumo de tabaco en las unidades (por ejemplo, permitir fumar según un horario y espacios determinados) y las aplicaciones no uniformes de las normativas que no permiten fumar provocan más perturbaciones que las unidades sin humo correctamente implementadas, en las que se ha constatado que no hay un aumento de los incidentes.^{11,12}

Cuando se restringe a los pacientes a fumar un número limitado de cigarrillos al día se mantiene a los pacientes en un estado crónico de síndrome de abstinencia que puede incrementar la probabilidad de agitación e incidentes.¹³

- LAS UNIDADES SIN HUMO NO COMPORTAN MÁS ALTAS VOLUNTARIAS.

La implementación de unidades sin humo no comporta más altas voluntarias en fu-

madores respecto a los no fumadores. No obstante, si esta unidad no dispone de los recursos necesarios (no ofrece tratamiento y no se dispone de TSN) se pueden llegar a doblar las altas voluntarias.¹⁴ Las unidades sin humo no afectan a la aceptación del ingreso y a la retención del paciente.¹⁵

- LA CESACIÓN TABÁQUICA DURANTE EL INGRESO NO AFECTA NEGATIVAMENTE AL ESTADO O EL CURSO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES O AL TRATAMIENTO O ABSTINENCIA DE OTRA SUBSTANCIA.

El tratamiento concomitante del tabaquismo durante el ingreso no afecta negativamente la enfermedad en general¹⁶ ni a sus síntomas en concreto.^{17,18} Según una metaanálisis, las intervenciones para dejar de fumar durante el tratamiento de otras adicciones parecen mejorar más que afectar la abstinencia a largo plazo, con un 25% más de probabilidades de permanecer abstinentes al alcohol y a otras drogas cuando se ha abandonado el tabaco.⁸ Así, el tratamiento concomitante no afecta al resultado o al tratamiento de la adicción a otras drogas;¹⁹⁻²¹ en cambio, continuar fumando se asocia con peores resultados en el tratamiento.²²

- LAS UNIDADES SIN HUMO SON BIEN ACEPTADAS POR LOS PACIENTES Y LOS PROFESIONALES.

Los profesionales generalmente anticipan más problemas relacionados con el tabaco antes de implementar una unidad sin humo que los que después surgen en realidad.^{11,23,24}


Cuando durante el ingreso en unidades sin humo se ofrece tratamiento a los pacientes fumadores, éstos perciben la normativa más como una medida terapéutica que punitiva que, de hecho, transmite a los pacientes un interés por su salud.⁷

Los elementos clave para el éxito de la implementación de las unidades sin humo son la consistencia en la aplicación, la buena coordinación entre los profesionales, el pleno apoyo de los mandos y la disposición de recursos, por ejemplo, farmacológicos.^{11,25}

9. Referencias

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. En: 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.



