



## RV/T-001 - DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. INTERVENCIÓN POR MEDICINA INTERNA COMO ASISTENCIA COMPARTIDA EN UN SERVICIO DE ANGIOLOGÍA-CIRUGÍA VASCULAR

J. Rodríguez-Chinesta<sup>1</sup>, M. Olmo<sup>1</sup>, M. Ferreiro<sup>1</sup>, L. Ortiz de Salazar<sup>2</sup>, G. Bonmati<sup>2</sup>, A. Iza<sup>1</sup> y J. Sáenz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Angiología-Cirugía Vascular. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

### Resumen

**Objetivos:** Establecer la tasa de pacientes fumadores ingresados en el Servicio de Angiología-Cirugía Vascular (SCV) en nuestro centro, valorar viabilidad de una “intervención mínima sistematizada” (IMS) de deshabituación tabáquica en pacientes motivados y eficacia de la misma a los tres meses.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo. Identificamos los pacientes que ingresan en el SCV del HUC desde 01/01/18 a 31/05/18 que son fumadores. En estos se realiza una valoración de su tipología (frecuencia de uso - “Índice paquetes/año”; intentos previos de abandono; grado de motivación para dejar de fumar - test de Richmond) y se les practica un consejo médico breve, individualizado, verbal y directo, en el que se resaltan las ventajas de convertirse en exfumador. En los pacientes que en el test de Richmond presenten una puntuación  $\geq 5$ , se les incluye en una IMS con un consejo antitabaco intensivo sistemático y un seguimiento, en su proceso de deshabituación, por parte de profesional de enfermería. Valoramos a los tres meses, de manera telefónica, la eficacia de nuestra actuación.

**Resultados:** Desde 01/01/18 a 31/05/18 ingresaron 287 pacientes en el SCV. La edad media fue 63,1 años (43- 89); el 88,6% varones; en el 60% (n = 21) el diagnóstico fue de isquemia crónica de EEII. Se registran 35 pacientes fumadores (12,2%); el 25,8% (n = 9) habían realizado intentos previos de deshabituación tabáquica, y el 49% (n = 17) admiten abuso/dependencia a otros tóxicos en el momento del ingreso, el 80% (n = 28) presentaban un “índice paquetes- año”  $> 40$  y el 63% (n = 22) presentaban un test de Richmond  $\geq 5$ . De estos 22 pacientes 13 fueron incluidos en la IMS. Nueve pacientes no fueron incluidos por estar en seguimiento por MAP, antecedentes psiquiátricos o rechazo del paciente. De los pacientes incluidos en el IMS la edad media fue 59 años (43-79), el 77% varones, en el 70% (n = 9) el diagnóstico fue de isquemia crónica de EEII; el 31% (n = 4) han realizado intentos de abandono del hábito previos y 39% (n = 5) reconocen abuso/dependencia a otros tóxicos. En el momento del envío del abstract 7 pacientes han completado el periodo de seguimiento con una tasa de éxito del 86%.

**Discusión:** La asistencia compartida en SCV nos permite localizar necesidades asistenciales (complejidad en conseguir la deshabituación del paciente fumador) y, conociendo los diferentes circuitos asistenciales, planificar actividades (IMS durante el ingreso hospitalario), adaptadas a la infraestructura existente (consulta de riesgo cardiovascular-deshabituación tabáquica atendida por

profesional de enfermería), valorando posteriormente sus resultados.

*Conclusiones:* El control exhaustivo de los FRCV en los pacientes con enfermedad vascular es obligatorio. El tabaquismo es el FRCV modificable más importante en estos pacientes. Se demuestra que con la Asistencia Compartida en SCV es factible integrar en la rutina habitual la práctica de una “IMS” frente la deshabituación tabáquica en pacientes fumadores durante su ingreso hospitalario (“teachable moment”) y, valorando los resultados iniciales se puede inducir también la eficacia de la intervención. Todo ello, aprovechando los circuitos asistenciales existentes, sin interferir en el trabajo del cirujano y sin cambios en el staff clínico. Sería necesario realizar más estudios para determinar su eficacia y poderla asociar a otras variables como diferentes características individuales de los pacientes, diagnóstico o tipo de procedimiento quirúrgico realizado