

**MÓDULO 5:
MEJORA CONTINUA DE LA APLICACIÓN DEL
MODELO ABC DE LA CESACIÓN TABÁQUICA.**

- **Objetivos:**

- Conocer metodologías de mejoramiento continuo de las intervenciones realizadas en los pacientes fumadores.

- **Contenidos:**

- Definición y priorización de un problema en el contexto de la atención clínica.
 - Análisis del problema priorizado.
 - Elaboración de productos, criterios y estándares de calidad.
 - Elaboración de indicadores.
 - Aplicación de calidad en cesación tabáquica.

I. Introducción

Antes de comenzar a estudiar los contenidos del módulo, es necesario definir algunos conceptos que serán tratados a continuación:

- **Calidad en la atención sanitaria:** Es lo que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma precisa. Esto favorece destinar los recursos de acuerdo a las necesidades en forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite (Intendencia de Prestadores, 2011).

La calidad en salud lleva implícito:

1. **Brindar excelencia técnica:** Entendiendo este concepto como la toma de decisiones adecuadas y oportunas, tener habilidad para el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder.
2. **Mantener una adecuada interacción entre los agentes involucrados en dar y obtener salud:** Las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad (García, 2001).

- **Mejora continua de procesos:** Incorpora las acciones de mejora continua en las etapas de planificación, producción y servicio, lo que implica la adquisición de un compromiso por lograr calidad y estudiar permanentemente todos los procesos para optimizar sus resultados (Deming, 1950 citado por Gnecco, 2011).

- **Ficha clínica:** Instrumento legal y obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Los registros deben ser completos y asegurar el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella (Ley 20.584, 2012).

- **Línea de base de indicadores:** Es un consenso del nivel de mejora deseado, también puede ser llamado umbral o estándar. Esto debe ser difundido y conocido por los profesionales involucrados en la medición (Intendencia de Prestadores, 2010).

- **La Ley 20.584:** La Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Relación a la Atención de Salud (2012) establece que “**todos los servicios deben prestarse con el debido respeto por la persona, en la oportunidad justa y con la calidad apropiada, sin discriminaciones arbitrarias y en la forma y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.**”

Para aplicar el concepto de calidad en las prácticas diarias, hay una multiplicidad de dimensiones que deben considerarse, sin embargo, lo fundamental es mantener el foco de

orientación en lograr procedimientos e intervenciones que tengan evaluación permanente de su eficiencia, efectividad y seguridad. Para esto es imprescindible un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

¿Cómo incorporar la mejora continua de la calidad en el proceso de cesación tabáquica? En este módulo conoceremos que la mejora continua en los procesos asistenciales es cíclica y comprende las siguientes etapas:

II. Definición y priorización de un problema en el contexto de la atención clínica.

A. Problemas de calidad:

Los problemas de calidad pueden ser de cuatro tipos: Asistenciales, estructurales, organizacionales y mixtos.

A continuación, observaremos cada uno de ellos y sus características.

- **Problemas asistenciales:**

Son los vinculados directamente a la relación equipo de salud – paciente, e incluyen:

- ✓ Aspectos técnicos de la atención: Ejemplo, calidad de la anamnesis, del examen físico, del diagnóstico, del seguimiento o control, de la educación, de la información.
- ✓ Relación Interpersonal.
- ✓ Problemas derivados de algunas características del proveedor: Motivación, interés, compromiso.

- **Problemas estructurales**

Son todos aquellos vinculados a la forma en que la organización está estructurada e incluyen problemas relacionados con:

- ✓ Definición e implementación de Políticas.
- ✓ Definición e implementación de Planes y Programas.
- ✓ Organigrama.
- ✓ Definición de Roles y Funciones.
- ✓ Flujogramas de atención.
- ✓ Trabajo en Equipo.
- ✓ Comunicación.
- ✓ Elaboración de Manuales de Organización interna e implementación.
- ✓ Elaboración de Manuales de Procedimientos e implementación.
- ✓ Análisis, capacitación y difusión de Normas, Protocolos, Guías Clínicas.
- ✓ Supervisión.

- ✓ Auditoría.
- ✓ Existencia de mecanismos de Evaluación Interna: Auto-Evaluación, Revisión de Pares, etc.
- ✓ Otros: Trabajo intersectorial, con la comunidad, entre otros.

- **Problemas organizacionales**

Están vinculados a los recursos de diferente tipo y a la estructura organizacional, entre los cuales destacan:

- ✓ Recursos Humanos: Número, tipo, distribución.
- ✓ Recursos Físicos.
- ✓ Recursos Materiales.
- ✓ Recursos Tecnológicos.
- ✓ Insumos.
- ✓ Recursos Financieros.
- ✓ Existencia o no de Organigrama, Manuales, Normas, Protocolos, Guías Clínicas.

- **Problemas mixtos**

Son aquellos que tienen más de una causa y pueden mezclarse.

- ✓ Ejemplo: Problema asistencial - estructural.
Problema asistencial – organizacional.

B. Definición de problema específico

Para definir un problema específico debemos identificar los siguientes elementos:

- ¿De qué problema se trata? ¿Es posible cuantificarlo?
- ¿En qué actividad y programa ocurre? ¿A quiénes afecta?
- ¿En qué lugar ocurre? CESFAM, hospital, etc.
- ¿En qué Servicio Ocurre? ¿En qué región?
- ¿En qué periodo de tiempo? ¿Es similar o diferente con respecto a periodos pasados?

C. Priorización de un Problema.

¿Cómo podemos priorizar un problema?

Puede elaborarse una “Matriz Decisional”, la cual permite jerarquizar en caso que se detecte más de un problema.

Para ello, **existen 4 pasos:**

1. Definir un listado de problemas.
2. Establecer “elementos” para los cuales se determinará una puntuación, tales como:
 - ✓ **Magnitud:** Indica la frecuencia, relevancia o importancia de una situación X.
 - ✓ **Trascendencia:** Determina el impacto que el problema tiene en la salud de la población en un lugar y tiempo dado.
 - ✓ **Vulnerabilidad:** Indica la posibilidad del equipo o profesional para modificar el problema, disminuirlo o eliminarlo.
 - ✓ **Factibilidad económica:** Señala la posibilidad o no de contar con los recursos necesarios para influir sobre el problema.
 - ✓ **Otros** que el profesional o equipo identifique.

3. Determinar la escala de puntuación para cada **elemento indicado en el paso 2.**

Ejemplo, se calificará cada elemento con nota de 1 a 5 puntos, donde 1 es “poco importante” y 5 es “muy importante” o si se evalúa factibilidad económica “1 es caro de resolver” y “5 es barato de resolver”.

Importante es señalar que los problemas de estructura no se califican con esta técnica, puesto que deben ser valorados a nivel de la Dirección del Establecimiento.

4. Confeccionar la Matriz decisional de acuerdo al siguiente esquema:

Problema	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad económica	Puntaje
Problema1	1 a 5	1 a 5	1 a 5	1 a 5	
Problema2					
Problema3					

Ejemplo de Matriz decisional

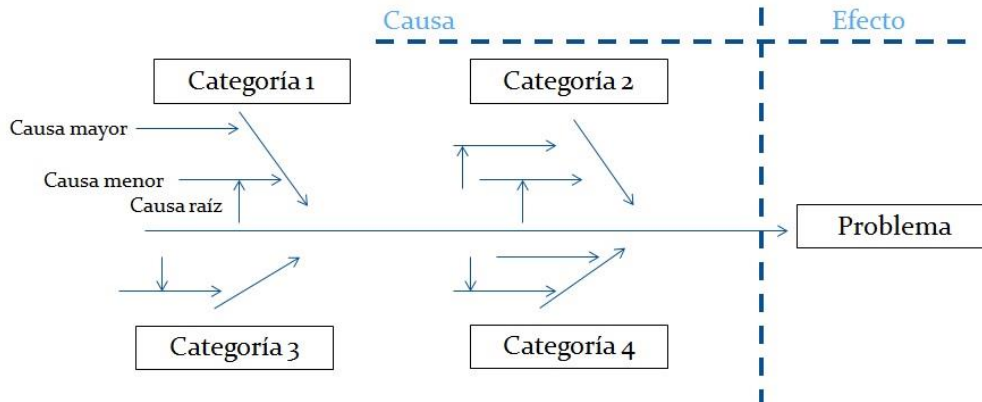
Problema	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad económica	Puntaje
Problema 1: Inasistencia de los pacientes a los controles post intervención X (problema asistencial)	3	5	1	3	12
Problema 2: Pacientes sin modificación de su etapa de Prochaska luego de X intervenciones. (Problema asistencial)	4	5	5	2	16

Según el ejemplo, se debe abordar el problema número 2 como prioridad, debido a que el resultado del análisis arrojó mayor puntaje que el problema número 1. Por lo tanto, este problema ya podría ser incorporado a un proyecto de mejora.

II. Análisis del problema priorizado

Para analizar el problema priorizado, se puede hacer un “Diagrama causa-efecto” o también llamado “Método de Ishikawa” (espina de pescado).

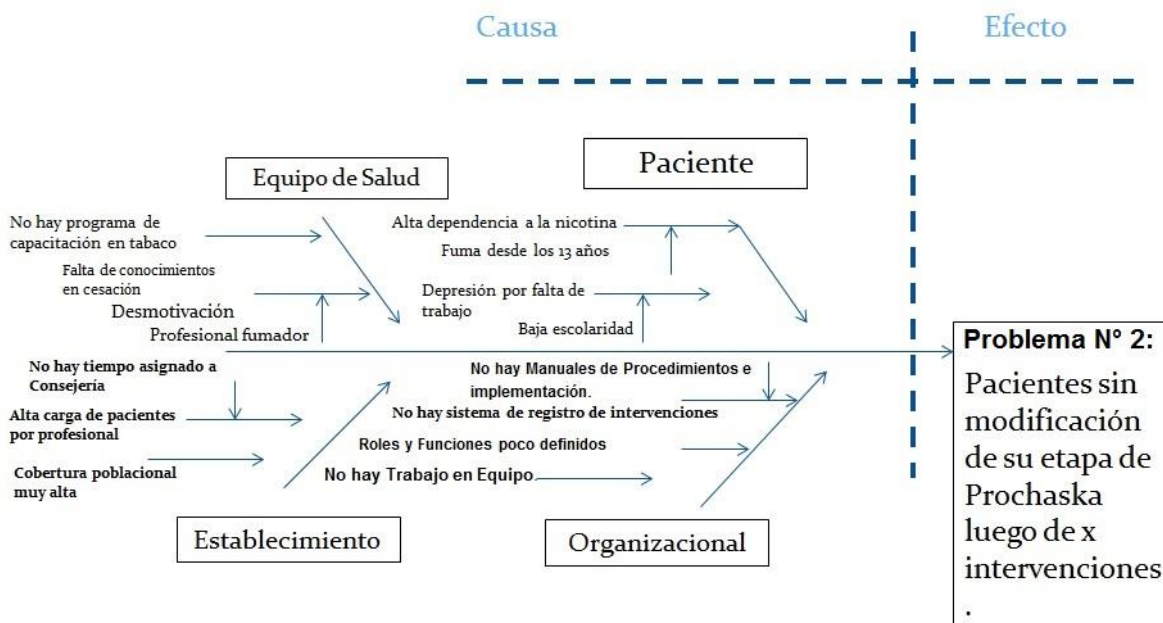
Este diagrama es una representación gráfica de las múltiples causas que determinarían un problema (efecto).



Definiciones:

1. **Categorías** son causas de un mismo origen.
2. **Causas mayores** pueden ser definidas en una lluvia de ideas u otra técnica.
3. **Causas menores** son definidas como respuesta a preguntarse ¿por qué ocurren las causas mayores?
4. **Causas raíces** se obtienen como respuesta a preguntarse ¿por qué ocurren las causas menores?

Continuación del ejemplo “Problema N° 2”



Luego de identificar las causas del problema, se debe evaluar cuáles de ellas son modificables y para estas establecer posibles soluciones.

Veamos dos ejemplos de soluciones a las causas enunciadas en el diagrama Causa – Efecto:

Problema número 2.

- **Causa modificable 1:**

De la Categoría “Equipo de Salud” y causa “falta de conocimientos en cesación tabáquica”:

Causa modificable	Solución (es)	Responsable	Tiempo	Indicador (es)
1. Falta de conocimientos en cesación tabáquica	Ejecutar Programa de Capacitación	Jefe de CESFAM / Jefe de Capacitación	6 meses de ejecución	Test de conocimientos aplicado a funcionarios y aprobados con nota superior a 5.5 100% de Asistencia a capacitaciones

- **Causa modificable 2:**

De la categoría “Organizacional” y causa “no hay sistema de registro de intervenciones”.

Causa modificable	Solución (es)	Responsable	Tiempo	Indicador (es)
1. No hay sistema de registro de intervenciones	Establecer sistema de registro en ficha clínica que incluya los siguientes ítems: -Estado de fumador -Intervención realizada	Jefe de Servicio / Jefe de Área / Jefe de Registros Clínicos	3 meses	- En la ficha clínica existe un espacio definido para registrar estado de fumador, no fumador, ex fumador, fumador pasivo. - 80% intervenciones realizadas registradas.

La medición de indicadores servirá para comprobar si la causa se modificó o no, lo que implica que se deba medir al inicio y al final para establecer una “**línea de base**”.

III. Elaboración de productos, criterios y estándares de calidad

Elaborar productos, criterios y estándares de calidad tiene como objetivo realizar evaluaciones de los procesos administrativos y clínico-asistenciales.

Un proceso de evaluación es la medición de resultados de una intervención en relación a los resultados esperados, con el objeto de modificar, afinar, mejorar y formular nuevas intervenciones.

La herramienta para la evaluación es el “criterio de evaluación” con su correspondiente “estándar de calidad”.

A continuación presentamos conceptos clave:

- **¿Cuáles son los objetivos de la evaluación?**
 - Comparar lo esperado con lo efectivamente realizado y logrado.
 - Detectar logros, reconocerlos, mantenerlos, reforzarlos.
 - Detectar oportunamente áreas problema, riesgos.
 - Proponer soluciones creativas, realistas.
 - Transformar resultados en insumos permanentes y válidos para tomar decisiones e intervenir en las prácticas.

- **¿Qué es un criterio de evaluación?**

Son los requisitos que se establecen para cada producto y que necesariamente deben cumplirse para que haya calidad.

Son elementos pre determinados por el equipo de salud, con lo que se puede medir y comparar aspectos importantes de la calidad de la gestión y servicios.

Proveedores	Productos	Requisitos de calidad	Criterios de evaluación	Estándar	Tipo de indicador
Kinesióloga/o Enfermera/o Médico Otro profesional	1. Personal capacitado en consejería breve	1.1. Los funcionarios que ejercen labor en programa IRA y ERA son capacitados en consejería breve antitabaco	1.1.1. Los funcionarios aprueban el curso	100%	Resultado
		1.2. Los funcionarios del "programa Y" son capacitados en consejería breve antitabaco	1.2.1. Los funcionarios aprueban el curso	100%	Resultado
		1.3. Los funcionarios capacitados en consejería breve logran brindar el consejo breve antitabaco	1.3.1. Los funcionarios capacitados brindan el consejo breve antitabaco correctamente en los pacientes atendidos	90%	Proceso
	2. Paciente controlado por programa IRA y ERA recibe consejería breve antitabaco	2.1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención	2.1.1. Todo paciente atendido habrá recibido consejería breve antitabaco durante la atención	70%	Resultado
		2.2. Consejería breve realizada registrada en ficha clínica	2.2.1. Toda consejería breve realizada será registrada en ficha clínica	70%	Resultado
	3. Paciente atendido por patología "X" recibe consejería breve antitabaco durante la atención	3.1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención	3.1.1. Todo paciente atendido por patología "X" habrá recibido consejería breve antitabaco durante la atención	70%	Resultado
		3.2. Consejería breve realizada registrada en ficha clínica	3.2.1. Toda consejería breve realizada será registrada en ficha clínica	90%	Resultado

- **¿Qué es un estándar de calidad?**

Es el grado de cumplimiento del criterio que exige el equipo y se expresa siempre en porcentaje. El estándar se define en función de la relevancia de lo que se quiere evaluar, de la gravedad y de los recursos disponibles.

Proveedores	Productos	Requisitos de calidad	Criterios de evaluación	Estándar	Tipo de indicador
Kinesióloga/o Enfermera/o Médico Otro profesional	1. Personal capacitado en consejería breve	1.1. Los funcionarios que ejercen labor en programa IRA y ERA son capacitados en consejería breve antitabaco 1.2. Los funcionarios del "programa Y" son capacitados en consejería breve antitabaco 1.3. Los funcionarios capacitados en consejería breve logran brindar el consejo breve antitabaco	1.1.1. Los funcionarios aprueban el curso	100%	Resultado
			1.2.1. Los funcionarios aprueban el curso	100%	Resultado
			1.3.1. Los funcionarios capacitados brindan el consejo breve antitabaco correctamente en los pacientes atendidos	90%	Proceso
	2. Paciente controlado por programa IRA y ERA recibe consejería breve antitabaco	2.1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención 2.2. Consejería breve realizada registrada en ficha clínica	2.1.1. Todo paciente atendido habrá recibido consejería breve antitabaco durante la atención	70%	Resultado
			2.2.1. Toda consejería breve realizada será registrada en ficha clínica	70%	Resultado
	3. Paciente atendido por patología "X" recibe consejería breve antitabaco durante la atención	3.1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención 3.2. Consejería breve realizada registrada en ficha clínica	3.1.1. Todo paciente atendido por patología "X" habrá recibido consejería breve antitabaco durante la atención	70%	Resultado
			3.2.1. Toda consejería breve realizada será registrada en ficha clínica	90%	Resultado

- **¿Cómo incorporar la evaluación al proceso asistencial, con los conceptos anteriormente expuestos?**

Revisa el siguiente ejemplo

Proveedores	Productos	Requisitos de calidad	Criterios de evaluación	Estándar	Tipo de indicador
Kinesióloga/o Enfermera/o Médico Otro profesional	1. Personal capacitado en consejería breve	1.1. Los funcionarios que ejercen labor en programa IRA y ERA son capacitados en consejería breve antitabaco 1.2. Los funcionarios del "programa Y" son capacitados en consejería breve antitabaco 1.3. Los funcionarios capacitados en consejería breve logran brindar el consejo breve antitabaco	1.1.1. Los funcionarios aprueban el curso	100%	Resultado
			1.2.1. Los funcionarios aprueban el curso	100%	Resultado
			1.3.1. Los funcionarios capacitados brindan el consejo breve antitabaco correctamente en los pacientes atendidos	90%	Proceso
	2. Paciente controlado por programa IRA y ERA recibe consejería breve antitabaco	2.1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención 2.2. Consejería breve realizada registrada en ficha clínica	2.1.1. Todo paciente atendido habrá recibido consejería breve antitabaco durante la atención	70%	Resultado
			2.2.1. Toda consejería breve realizada será registrada en ficha clínica	70%	Resultado
	3. Paciente atendido por patología "X" recibe consejería breve antitabaco durante la atención	3.1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención 3.2. Consejería breve realizada registrada en ficha clínica	3.1.1. Todo paciente atendido por patología "X" habrá recibido consejería breve antitabaco durante la atención	70%	Resultado
			3.2.1. Toda consejería breve realizada será registrada en ficha clínica	90%	Resultado

IV. Elaboración de Indicadores

De cada criterio de evaluación construido se puede elaborar un indicador de calidad. Así se pasa de la evaluación al **monitoreo de la calidad**.

Un **indicador** es una variable cuantitativa que sirve para medir cambios, permitiendo medir el antes, durante y después de una situación. Es la expresión matemática de un criterio de evaluación.

Los indicadores tipo tasa o índice: Son los que miden situaciones para las cuales está permitida la ocurrencia de un determinado número de casos.

Incluyen indicadores de **estructura, proceso y resultado**.

- **Indicador de Estructura:** Mide cómo el sistema de salud está organizado y equipado, además de los recursos disponibles.
- **Indicador de Proceso:** Mide el cómo la atención es otorgada y si todos los pasos de un proceso fueron cumplidos correctamente durante la atención.
- **Indicador de Resultado:** Mide la efectividad de la atención, el grado en que la atención otorgada produjo el efecto deseado.

A continuación, presentamos la tabla usada anteriormente, pero incorporando la columna “indicadores”.

Proveedores	Productos	Requisitos de calidad	Criterios de evaluación	Estándar	Tipo de indicador	Indicadores	Aclaraciones
Kinesióloga/o Enfermera/o Médico Otro profesional	1. Personal capacitado en consejería breve	1. Los funcionarios que ejercen labor en programa IRA y ERA son capacitados en consejería breve antitabaco 2. Los funcionarios del “programa y” son capacitados en consejería breve	1. Los funcionarios aprueban el curso 2. Los funcionarios aprueban el curso 3. Los funcionarios capacitados brindan el consejo breve antitabaco correctamente en los pacientes atendidos	100% 100% 90%	Resultado Resultado Proceso	N° de funcionarios capacitados en consejería breve pertenecientes al programa IRA y ERA el año “x” /n° total de funcionarios de sala IRA y ERA programados para el año “x” x 100 Periodicidad: Semestral N° de	Programación de la capacitación: se programará capacitar al 50% del personal el primer año de implementado el programa de capacitación y el 50% restante el segundo año. “Programa y”: esta frase puede ser reemplazada por “sector, servicio o unidad clínica x” atingente a la institución de salud en la cual se desempeñen

		antitabaco				funcionarios capacitados en consejería breve pertenecientes al programa "y" el año "x" / n° total de funcionarios pertenecientes al programa "y" programados para el año "x" x 100	funciones.
		3. Los funcionarios capacitados en consejería breve logran brindar el consejo breve antitabaco				<p>Periodicidad: Semestral</p> <p>N° de funcionarios que brindan el consejo breve antitabaco correctamente según pauta de cotejo / n° total de funcionarios observados que brindan el consejo breve antitabaco x 100</p> <p>Periodicidad: Semestral</p>	
	2. Paciente controlado por programa IRA y ERA recibe consejería breve antitabaco	<p>1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención</p> <p>2. Consejería breve registrada en ficha clínica</p>	<p>1. Todo paciente atendido habrá recibido consejería breve anti tabaco durante la atención</p> <p>2. Toda consejería breve realizada será registrada en</p>	<p>90%</p> <p>90%</p>	<p>Resultado</p> <p>Resultado</p>	<p>1. N° de pacientes atendidos en sala IRA y ERA que reciben consejería breve /n° total de pacientes atendidos en sala IRA y ERA x 100</p> <p>Periodicidad: Semestral</p> <p>2- N° de atenciones en sala IRA y ERA</p>	<p>Programa IRA y ERA: Brinda manejo de infecciones respiratorias en el niño (IRA) y manejo y control de las patologías respiratorias del adulto (ERA).</p> <p>Consejería breve: tiene una duración de 3 minutos.</p> <p>Registro en ficha clínica: comprende registro de antecedentes</p>

			ficha clínica			con consejería registrada en ficha clínica / n° total de atenciones en sala IRA y ERA revisadas x 100 Periodicidad: Semestral.	personales, actividad realizada y duración en minutos.
	3. Paciente atendido por patología "x" recibe consejería breve antitabaco durante la atención.	1. Consejería breve brindada al paciente durante la atención 2. Consejería breve realizada registrada en ficha clínica	1. Todo paciente atendido por patología "x" habrá recibido consejería breve anti tabaco durante la atención 2. Toda consejería breve realizada será registrada en ficha clínica	70% 90%	Resultado Resultado	1. N° de pacientes atendidos por patología "x" reciben consejería breve /n° total de pacientes atendidos por patología "x" x 100 Periodicidad: Semestral 2. N° de atenciones en sala IRA y ERA con consejería registrada en ficha clínica / n° total de atenciones en sala IRA y ERA revisadas x 100 Periodicidad: Semestral.	Consejería breve: tiene una duración de 3 minutos. Registro en ficha clínica: comprende registro de datos antecedentes personales, actividad realizada y duración en minutos

V. Aplicación de calidad en cesación tabáquica

Para aplicar la calidad en el proceso de cesación tabáquica es fundamental que:

- Se identifiquen las necesidades de salud de los pacientes.
- Se destinen los recursos de manera oportuna.
- Las intervenciones se realicen de acuerdo al estado actual del conocimiento.
- Se resguarde la correcta interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes

Es relevante considerar, que si bien los estándares de calidad en cesación del consumo de tabaco a nivel internacional están definidos en Guías Clínicas, los recursos actualmente disponibles en Chile limitan la aplicación de algunas intervenciones o tratamientos.

A continuación se presentan recomendaciones, basadas en evidencia, para hacer más efectivas las intervenciones en cesación y ejemplos de la aplicación del ciclo de la evaluación y mejora continua en las intervenciones en cesación del consumo de tabaco.

a) Recomendaciones:

Estas son prerequisites al momento de instaurar el Modelo ABC de cesación en cualquier equipo de salud.

- **Recomendación N° 1: Profesionales de la salud idealmente deben tratar su condición de fumador.**
 - Diversos autores y Guías clínicas señalan que los médicos que fuman, son poco efectivos a la hora de actuar y recomendar que dejen de fumar. (Seijas D, 2010; Vejar L, 2011; Guía Clínica Nueva Zelanda, 2014)
 - Varias investigaciones evidencian que los médicos que fuman hacen menos intervenciones para dejar de fumar en sus pacientes. (Edwards et al 2012, en Guía Neozelanda 2014. Sánchez L, 2003, en Véjar L, 2010).

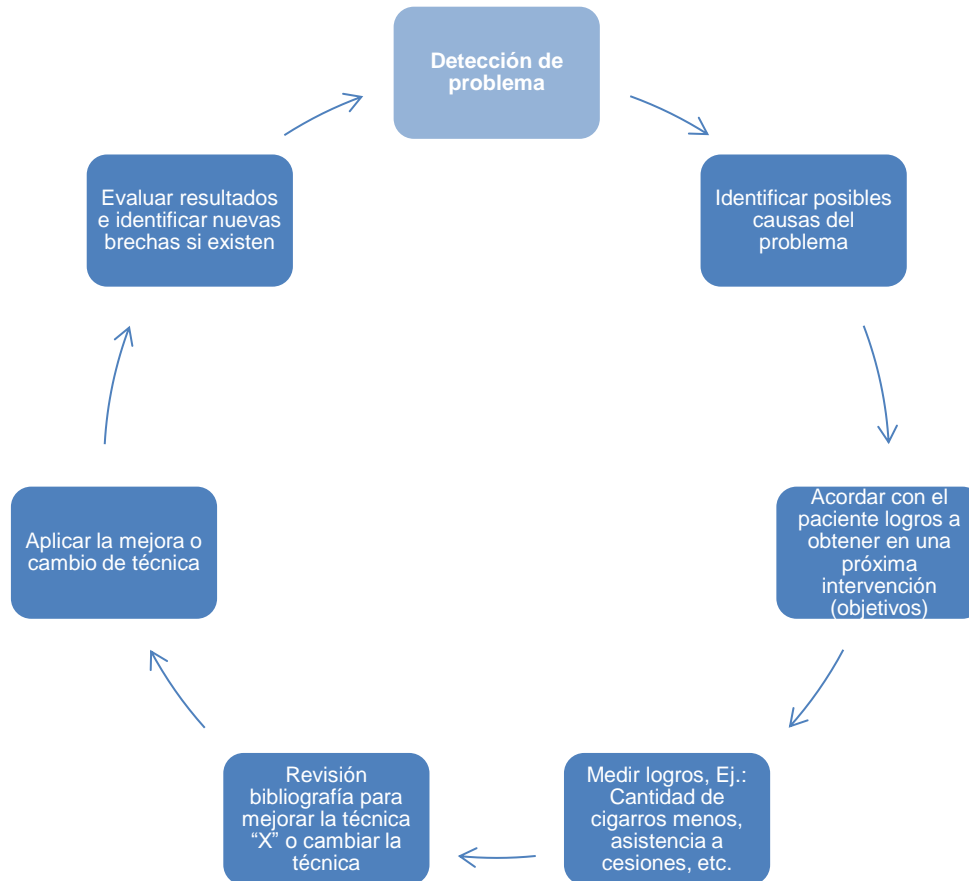
- **Recomendación N° 2: Los profesionales de la salud deben estar capacitados en estrategias de intervención del tabaquismo.**
 - La capacitación y la motivación del profesional son herramientas que puede usar a favor de una práctica clínica efectiva en el tabaquismo.
 - Los funcionarios de la salud deben recibir capacitación para implementar el modelo ABC.

- **Recomendación N°3: Que exista un sistema de registro estándar para establecer la condición de fumador, ex fumador, nunca fumador y fumador pasivo.**
 - Instaurar esta estrategia dentro de la práctica clínica cotidiana, requiere realizar algún ajuste institucional para que todos los pacientes sean interrogados con respecto al consumo de tabaco y este quede registrado.
 - Es relevante hacerlo, ya que se calcula que el 70% de los fumadores consultan un médico una vez al año. Intervenir en cada una de esas consultas se constituye como una oportunidad única de lograr modificar la tasa de consumo de tabaco (Vejar L, 2011).

b) Aplicación del ciclo de la mejora continua en las intervenciones en cesación del consumo de tabaco.

Obtener respuestas en los pacientes que cursan un proceso de cesación tabáquica, puede generar instancias valiosas, tales como: Detectar brechas o problemas, identificar sus causas y aplicar acciones que permitan constantemente mejorar las prácticas clínicas u otras.

El ciclo de la mejora continua puede resumirse en el siguiente esquema:

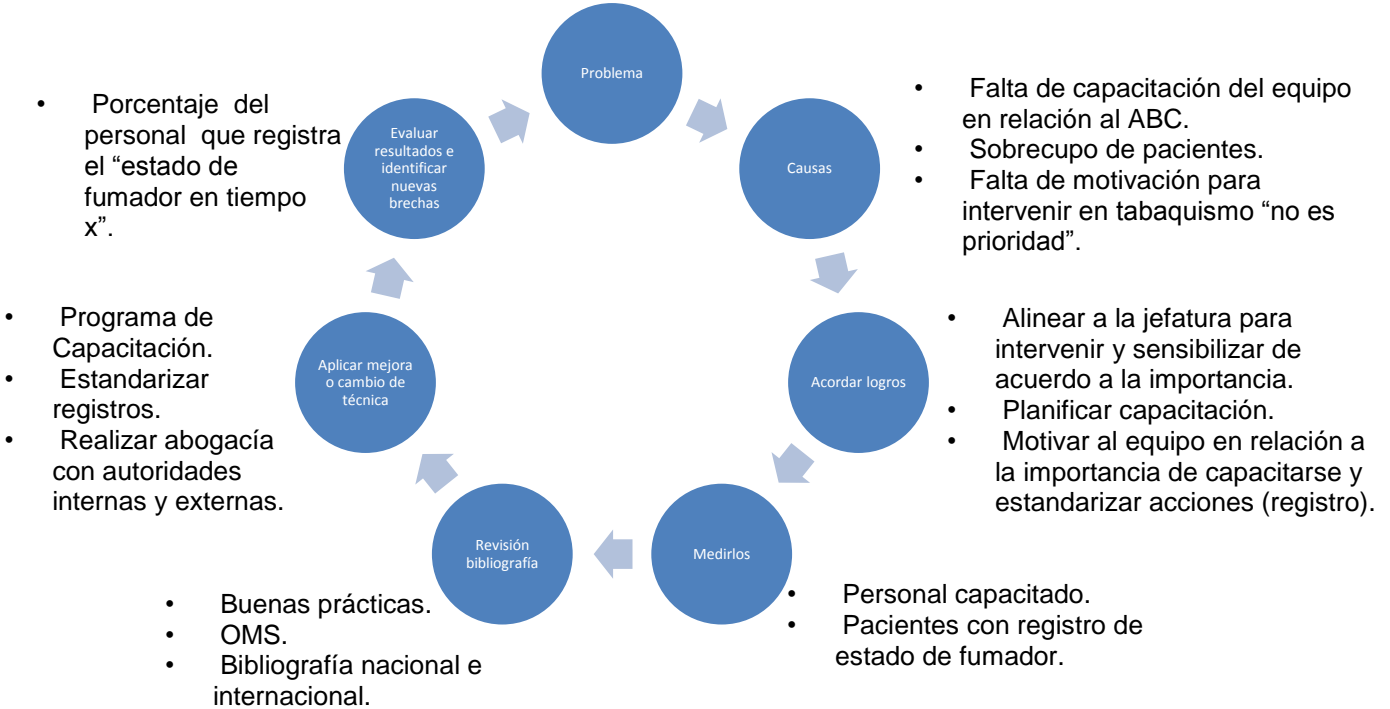


¿Cómo aplicar el ciclo de mejora en las intervenciones en el modelo ABC?

Veamos algunos ejemplos:

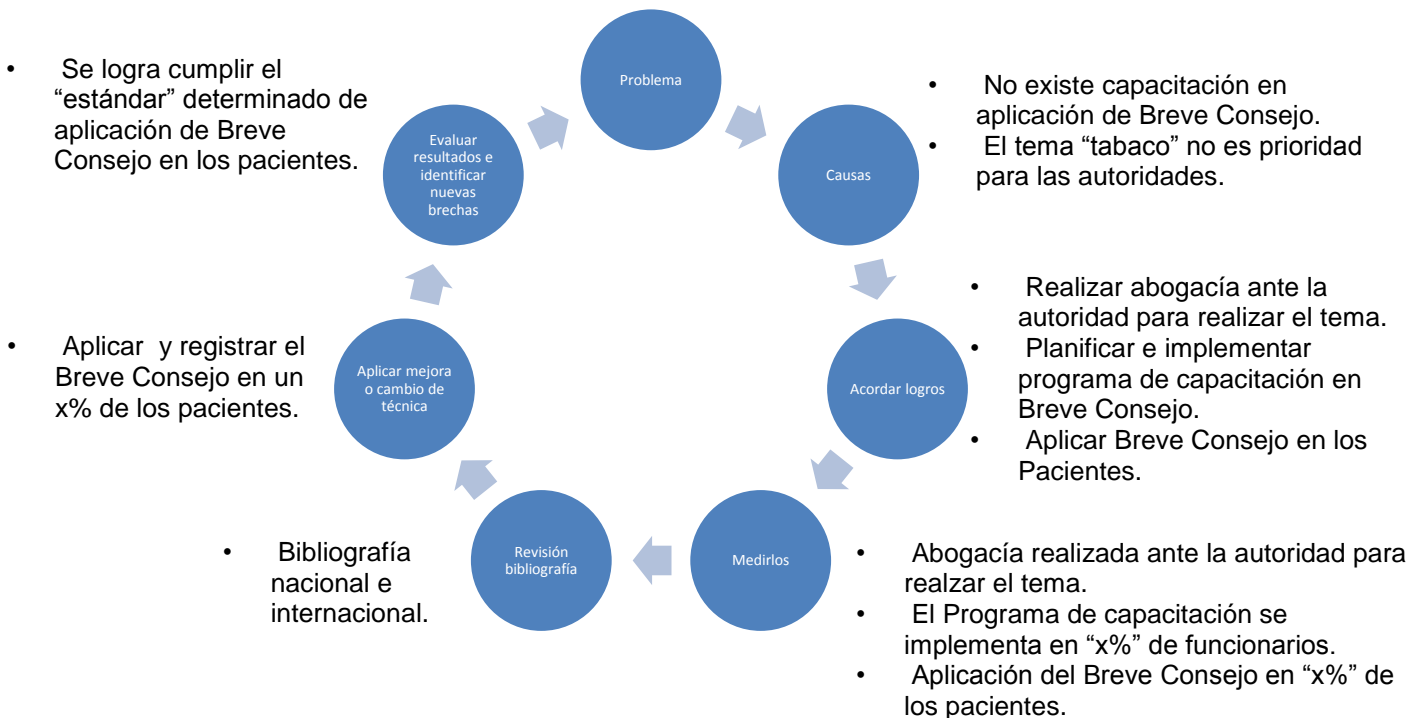
A - Averiguar

Falta de continuidad en registros del "estado de fumador"

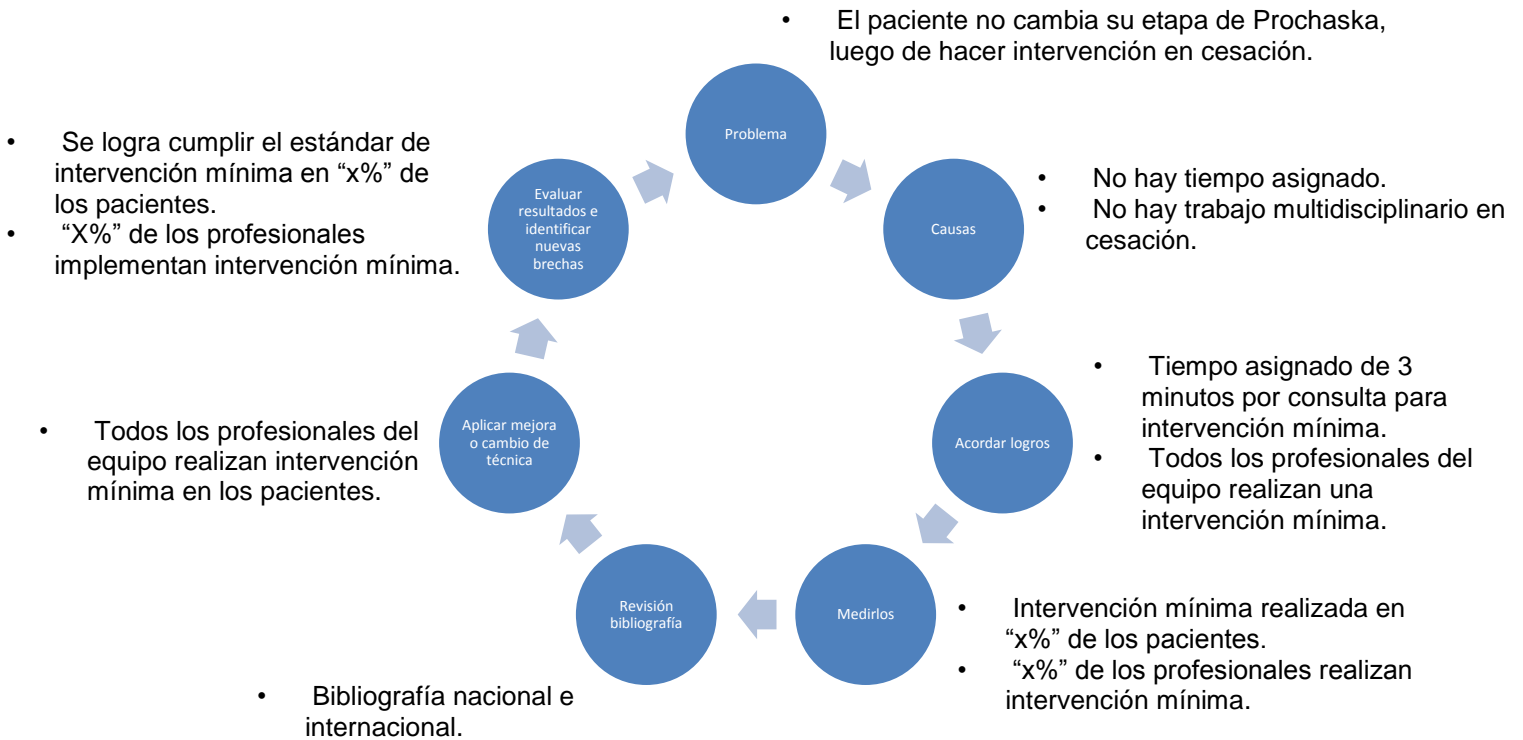


B - Breve consejo

No se implementa el Breve Consejo en los pacientes.



• **C - Intervenciones en Cesación**



Finalmente, es importante que para la mejora de la calidad en la aplicación del modelo ABC el equipo de salud considere de manera permanente lo siguiente:

• **A:**

Cada profesional pregunta y registra el consumo de tabaco en todos los pacientes, en cada consulta o intervención.

- Preguntar y documentar la condición o no de fumador de cada una de las personas que consultan, permite al profesional identificar la necesidad de intervención y para el fumador puede ser un elemento motivador para considerar la posibilidad de cambiar su conducta de fumar.

Cada profesional actualiza y registra la información, en cada consulta o intervención.

- Actualizar la información permitirá al profesional entregar una intervención más oportuna.
- El registro actualizado detalla los avances o retrocesos del paciente.

- **B:**
Todos los profesionales del establecimiento entregan Breve Consejo, independiente del motivo de consulta.
 - Todos los autores coinciden en que el consejo firme, claro y personalizado, brindado por cada profesional que atiende al paciente tiene gran efectividad, independiente del motivo de consulta.
 - Existe evidencia de Investigaciones Clínicas Aleatorizadas (ICAs) que el consejo breve para dejar de fumar entregado por el médico, mejora las tasas de abstinencia controladas, seis meses después del abandono. (Guía Clínica Nueva Zelanda, 2014).

- **C:**
** El apoyo para la cesación incluye un amplio espectro de niveles de intervención, desde una intervención mínima de pocos minutos en la consulta médica, hasta la intervención especializada en una unidad de tabaquismo.

Si el profesional dispone de la capacitación y el tiempo asignado, debe realizar una intervención más amplia o integral, que incluya el tratamiento cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico, en los pacientes que esté indicado.

- La efectividad del tratamiento depende de los conocimientos del profesional acerca de la cesación del tabaquismo, de sus destrezas y del tiempo que se asigne a estas intervenciones.

Si el paciente tiene severa dificultad para lograr la abstinencia o pertenece a alguno de los grupos especiales (embarazadas, adolescentes, personas con problemas de salud mental), se deben realizar las intervenciones antes mencionadas; y si existiese la posibilidad, derivarlas a centros de mayor complejidad.

VI. Referencias bibliográficas

- Bello, S. Et Al. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. Rev Méd Chile 2004; 132: 223-232.
- Gnecco, Gilda. Guía del Estudiante, Diploma Gestión de Calidad en Salud. Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2011.
- Intendencia de Prestadores. Indicadores de calidad: Criterios para la definición de umbrales, 2010.
- García, Roberto E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Revista médica de Chile, 2001. 129(7), 825-826. Recuperado en 10 de julio de 2015.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872001000700020.
- Ley N° 20.584. Derechos y Deberes de las Personas en Relación a la Atención de Salud, Santiago, Chile, 2012.
- Ministry of Health. The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking, 2014. HP 5867 ISBN 978-0-478-42809-4 (Print) ISBN 978-0-478-42810-0 (Online) June 2014.
- Ministry of Health. Background and Recommendations of the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Wellington: Ministry of Health, 2014.
- Organización Panamericana de la Salud. Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente, 2015. Recuperado el 10 julio de 2015, de 2015.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es
- Seijas B. Daniel. El ABCD de la cesación de fumar. De la evidencia a la práctica clínica preventiva. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2010; 21(5) 719-731].
- Vejar, Leonardo. Cómo los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo. Programa de Tabaquismo Hospital Sotero del Río, SSMSO. 2011, disponible en: <http://www.neumologia-pediatrica.cl>