

PROTOCOL DE TRANSICIÓ EN LES MALALTIES AUTOIMMUNES SISTÈMIQUES

1. Introducció: el procés de transició de l'edat pediàtrica a l'edat adulta.

Es defineix la transició com el procés planificat que té en compte les necessitats mèdiques, psicosocials, educatives i vocacionals dels adolescents/adults joves amb patologia reumàtica crònica que va començar a la infància, centrat en el pas d'un equip d'atenció en edat pediàtrica a un equip d'atenció per a adults. El pas d'un pacient adolescent amb una malaltia que requereix continuïtat a la xarxa d'adults suposa un moment significatiu en el procés i en la història vital de la persona i de la família.

En el consens per al maneig de la transició de la Societat Espanyola de Reumatologia Pediàtrica (SERPE), es defineix la transició com "un procés actiu, dinàmic i continu en què un/a pacient jove amb una malaltia reumàtica desenvolupa les habilitats per a una atenció adulta independent". És un procés holístic, multidimensional, multidisciplinari i actiu durant el qual un o una jove, disposant dels recursos necessaris, desenvolupa les habilitats per al cuidat de la seva salut durant l'adolescència, fins al pas a la vida adulta. Al final del procés, s'ha de garantir que el pacient adquireixi les habilitats i disposi dels recursos per a una transició correcta i, per tant, mantenir el seguiment a l'edat adulta.

Una transició inadequada comporta un elevat índex de pèrdua de seguiment i d'adherència al tractament, així com pitjors resultats de la malaltia, creant un alt risc per a un pronòstic desfavorable a l'edat adulta. Es recomana que la transició comenci en l'adolescència primerenca fins que el pacient estigui totalment integrat en un centre d'adults. L'experiència i les pròpies famílies i pacients ens indiquen que la transició d'un pacient a l'Hospital d'adults desencadena les següents necessitats:

- A. Necessitat d'acompanyament en el procés de pèrdua, en la preparació per a un entorn diferent i menys protector, acompanyament aclarit, preparat, prevenint i anticipant; acompanyament al pacient i a la família en la gestió de la malaltia capacitant i avaluant la capacitat.
- B. Necessitat de gestió del procés que faciliti la coordinació interna (dins de l'hospital emissor) com externa (entre hospitals).
- C. Necessitat d'assegurar la continuïtat assistencial en les condicions adequades.

En les guies i recomanacions publicades per la SERPE es descriuen tres models de transició basats en el protagonisme que té la malaltia, el pacient o el metge:

- a) Transició centrada en la malaltia: és el model més simple, en què el pediatre i el servei d'adults treballen de manera independent i el procés de transició es basa en l'edat cronològica del pacient sense tenir en compte les necessitats de l'adolescent.

- b) Transició centrada en el pacient: és el model en què hi ha una comunicació activa i coordinació entre els centres de nens i adolescents i els d'adults. És un model en què el pediatre i el metge d'adults comparteixen la cura del pacient.
- c) Transició centrada en el metge: correspon al model en què la mateixa persona s'encarrega tant del període pediàtric com del d'adult.

Altres models descrits per While i col·laboradors són:

- Transició directa: comparteix comunicació i informació sobre la història clínica del pacient.
- Transició seqüencial: creació de nous serveis.
- Transició del desenvolupament: on hauria d'entrenar-se al personal que portaria la unitat.
- Transició professional: on hauria de haver-hi un professional qualificat per a aquesta unitat.

2. Antecedents i situació de partida.

S'ha detectat la necessitat de dur a terme un correcte procés de transició dels pacients a les unitats d'adults, millorant l'experiència dels pacients i les seves famílies, garantint l'atenció a l'edat adulta amb un coneixement i maneig especialitzats de les malalties que es desenvolupen des de la infància fins a l'edat adulta.

Totes les malalties en seguiment a la unitat de reumatologia pediàtrica estan incloses entre les malalties minoritàries i poden beneficiar-se d'una atenció per part d'equips d'experts. Actualment, als Estats Units i Europa, s'estan creant unitats per a pacients joves amb malalties reumàtiques i autoimmunes sistèmiques que es desenvolupen des de la infància.

Hi ha diferents models de transició que s'haurien d'adaptar segons els recursos de cada hospital per al maneig i seguiment d'aquests pacients.

Dins dels diferents models que disposem actualment, es fan servir principalment dos tipus:

- Model centrat en el pacient: on el reumatòleg pediàtric i l'internista i/o reumatòleg d'adults comparteixen durant un període de temps la consulta i la cura del pacient.
- Model centrat en el metge: on el seguiment el realitza el mateix professional en dos entorns diferents, tant a l'hospital pediàtric com a l'hospital d'adults. Aquest tipus de seguiment implica, per part del professional coneixements tant de reumatologia pediàtrica com de medicina interna i/o reumatologia a l'adult.

El model de transferència centrada en la malaltia del pacient idealment només hauria de ser utilitzat en certs casos: quan el pacient és donat d'alta de seguiment a

l'edat pediàtrica per patologia autolimitada o en pacients sense tractament i remissió perllongada, on el seguiment es realitzaria per part del metge de família.

3. Model d'Unitat de Transició.

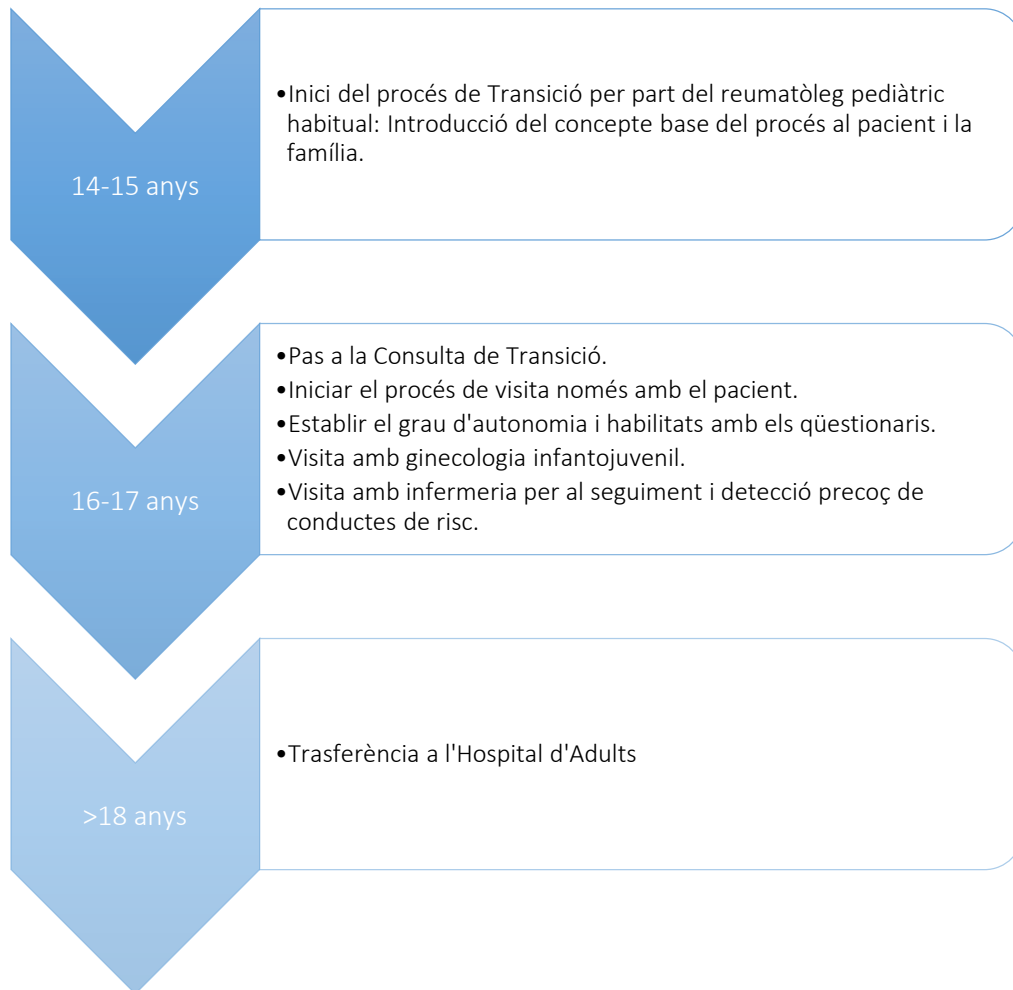
La Unitat de Transició consisteix a establir una consulta que englobi els adolescents amb patologia crònica per al seguiment fins a l'edat adulta, amb l'objectiu de garantir la continuïtat assistencial i proporcionar una resposta integral a les necessitats d'aquests pacients.

És un procés gradual de canvi que permet que els i les joves i les seves famílies es preparin i se sentin capacitats per fer la transició cap a l'atenció de l'adult.

Els objectius de la unitat són:

- A. Estandarditzar el procés de seguiment clínic del pacient.
- B. Possibilitar un acompanyament adequat per part de l'hospital, tant per a la família com pel professional.
- C. Facilitar i garantir la vinculació del pacient i la família a l'hospital d'adults.
- D. Garantir el maneig integral de les necessitats del pacient, des d'aspectes específics de l'adolescència (sexualitat, conductes de risc, hàbits tòxics, accés al mercat laboral) fins a l'accés al tractament rehabilitador i el suport psicològic si cal.
- E. Fomentar l'autonomia i l'autogestió del pacient.

Algoritme de Transició



El procés de transició hauria de començar als 14 anys, on el metge tractant habitual des del debut explica al pacient i a la família en què consisteix la transició i quin seria el protocol i l'edat en què passaria a la consulta de transició. La població objectiu per formar part de la Unitat de Transició són els pacients majors de 15 anys que estan en seguiment a les unitats de la secció de reumatologia pediàtrica.

- Pacients amb malalties autoimmunes sistèmiques.
- Pacients amb malalties autoinflamatores.
- Pacients amb displàsies òssies i trastorns del metabolisme ossi.
- Pacients amb artritis inflamatores.
- Pacients amb uveïtis inflamatores (incloent pacients visitats conjuntament amb oftalmologia: uveïtis associada a AIJ, uveïtis idiopàtiques).

Una unitat de transició consta:

1- Del seguiment mèdic a la consulta de transició. On es realitza el seguiment dels pacients, així com la preparació del pacient per guanyar l'autonomia necessària pel seguiment a l'edat adulta.

Objectiu del Reumatòleg Pediàtric Coordinador:

- Elaboració del pla de transició del pacient conjuntament amb la resta de l'equip i la família, adaptant-se segons l'evolució.
- Seguiment clínic durant el procés.
- Comunicació al pacient/família del centre receptor.
- Elaboració proactiva del resum de seguiment (informe).
- Coordinació interna amb altres referents mèdics del pacient.
- Coordinació amb farmàcia en cas de medicació MHDA (Medication History and Discharge Adherence).
- Sol·licitud via formulari de primera visita a l'hospital receptor, quan el centre receptor sigui diferent de l'hospital emissor.
- Realització de visita de tancament de l'episodi.

2- Consulta d'Infermeria: a la consulta amb la infermera gestora de pacients es tenen en compte les següents funcions:

- Elaboració del pla de transició conjuntament amb l'equip i adaptació segons l'evolució.
- Educació sanitària: comprensió de la malaltia i identificació dels símptomes, adherència al tractament, promoció d'hàbits de vida saludables, hàbits tòxics, sexualitat i reproducció.
- Entrenament en l'administració de medicació subcutània al pacient i altres plans de tractament.
- Assegurar l'atenció integral i continuada de les necessitats del pacient.
- Suport amb consultes telemàtiques.
- Assegurar la continuïtat del tractament durant el procés de transferència.
- Qüestionaris de guany d'habilitats: Ready-Steady-Go i el TRAQ.

3- Consulta de ginecologia amb ginecòlegs infanto-juvenils. Detecció de conductes sexuals de risc. Inici de tractament anticonceptiu si fos necessari.

4- Consulta amb psicologia/psiquiatria per al maneig del pacient.

5- Els pacients han de tenir escrit el "pla de transició", que resumeix el calendari de les fases clau pel procés de transició. També resoldre els dubtes, consultes o requeriments específics que el pacient i els seus pares tenen, en relació amb el pas al servei d'adults. En el pla de transició ha de constar una llista de verificació (check-list) on es

desenvolupin els diferents passos a seguir amb el que el pacient va guanyant de manera que no oblidis res en el procés de transició tant a l'hospital pediàtric, idealment ha de quedar guardat a la història clínica del pacient

Qüestionaris programa de transició.

Ja que un dels objectius de la Transició és que, d'acord amb els recursos de què disposa el pacient, pugui desenvolupar les habilitats per a la cura de la seva salut des de l'adolescència fins al pas a la vida adulta. És per això que durant el seguiment no només es tindrà en compte la patologia del pacient, sinó també les habilitats que el pacient pugui adquirir, no només en el maneig autònom de la malaltia, sinó també a nivell sociocultural, econòmic i laboral.

Es tindrà en compte l'aspecte psicològic del pacient en relació amb els reptes que ha d'enfrontar amb una patologia autoimmunitària sistèmica crònica en el context de fer front a la vida adulta. No només es tindrà en compte el pacient, sinó també els pares, ja que ells també estan acostumats al model d'atenció pediàtric, motiu pel qual també és un repte per als pares.

És per això que es decideix passar qüestionaris per avaluar les habilitats inicials de l'adolescent en relació amb el seu maneig i veure la seva evolució amb el pas dels anys fins a la transferència final a l'Hospital d'adults (Annex 1).

També es tindran en compte les conductes de risc pròpies de l'adolescència: els hàbits tòxics (tabac, alcohol, drogodependència) (Annex 2,3), les conductes sexuals, els embarassos. Així, el pacient podrà tenir les eines i la informació adequades per prendre les decisions pertinents.

Durant el període de transició i després de la transferència, molts pacients, sovint per manca d'eines adequades, perden el seguiment i hi ha un augment del risc de brot de la seva malaltia. És important realitzar un seguiment de la patologia en si mateixa, creant una història fixa del pacient i de l'evolució de la seva patologia, de manera que el dia de la transferència es pugui fer un resum adequat per al coneixement del l'internista i/o reumatòleg d'adults en arribar a la seva consulta.

ANNEXES.

Annex 1: Qüestionari de Transició. Ready-Steady-Go

El programa de transición Ready Steady Go - Preparados

El equipo médico y de enfermería tiene como objetivo apoyarte en la medida que te haces mayor y ayudarte a desarrollar poco a poco la confianza y las habilidades para hacerte cargo de tu propia atención médica.

Completar este cuestionario ayudará al equipo a crear un programa a tu medida.

Responde a todas las preguntas que sean importantes para ti y pregunta a quién consideres si no estás seguro.

Nombre:

Fecha:



Conocimiento y habilidades	Si	Me gustaría recibir ayuda o algún consejo con esto.	Comentarios
CONOCIMIENTO			
Puedo describir mi enfermedad.			
Sé cuándo tengo que tomarme mi medicación, los nombres, las dosis y la frecuencia, etc.			
Yo sé quién es quién en el equipo médico y en la enfermería.			
Comprendo las diferencias entre los cuidados médicos de un niño y un adulto.			
Conozco los recursos que ofrecen apoyo a los pacientes jóvenes con esta enfermedad.			
ASERTIVIDAD – HABLAR POR SI MISMO			
Me siento preparado para empezar a venir solo a esta consulta en el futuro.			
Hago mis propias preguntas en esta consulta.			
He oído y sé sobre « Ask 3 questions ».			
SALUD Y ESTILO DE VIDA			
Entiendo que el ejercicio es muy importante para mi salud en general y para mi enfermedad.			
Entiendo los riesgos del alcohol, las drogas y el tabaquismo para mi salud.			
Entiendo lo que significa una alimentación adecuada para mi salud en general.			
Soy consciente de que mi enfermedad puede afectar a cómo se desarrolla mi cuerpo. Por ejemplo, la pubertad.			
Sé dónde y cómo puedo acceder a información fiable sobre salud sexual.			

El programa de transición Ready Steady Go - Preparándose

Conocimiento y habilidades	Si	Me gustaría recibir ayuda o algún consejo con esto.	Comentarios
VIDA DIARIA			
Puedo cuidar de mí mismo en casa en relación con la vestimenta, el aseo, etc.			
Puedo hacer mis propias comidas/aperitivos.			
Soy capaz de quedarme a dormir fuera de casa			
COLEGIO Y TU FUTURO			
Me las arreglo para ir al colegio. Por ejemplo: ir y venir del colegio, los deberes, educación física, amigos, etc.			
Sé lo que quiero estudiar cuando acabe el colegio.			
OCIO			
Puedo usar el transporte público y acceder a los locales de mi zona. Por ejemplo: tiendas, centros de ocio, cine...			
Veo a mis amigos fuera del colegio.			
MANEJO DE LAS EMOCIONES			
Sé cómo gestionar los comentarios mal intencionados y el acoso.			
Conozco a alguien con quien puedo hablar cuando me siento triste/harto.			
Sé cómo manejar mis emociones como la ira o ansiedad.			
Me siento cómodo/a o satisfecho/a con la manera en la que me veo.			
Estoy feliz con mi vida.			
TRANSICIÓN A CUIDADO DE ADULTO			
Comprendo el significado de transición y transferencia de información sobre mí.			

Por favor, enumera si hay algo en lo que te gustaría recibir ayuda o consejo.

Gracias

Los materiales "Ready Steady Go" fueron desarrollados por el equipo de Dirección del Grupo de Transición dirigidos por el Dr. Anind Nagra, nefrólogo pediátrico y jefe del Programa de atención de transición en el Hospital de Niños de Southampton, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust basado en el trabajo de: 1. S Whitehouse y MC Paone. Reducir la brecha entre la juventud y la edad adulta. Pediatría contemporánea, 1998, diciembre. 13-16.2. Paone MC, Wigle M, Saewyc E. El modelo ONTRAC para la atención transicional de adolescentes. Prog Transplant 2006; 16: 291-302.3. Janet E McDonagh et al, J Child Health Care 2006; 10 (1): 22-42. Los usuarios pueden utilizar los materiales "Ready Steady Go" y "Hello to adult services" en su formato original únicamente con fines no comerciales. No se permiten modificaciones o cambios de ningún tipo sin el permiso de University Hospital Southampton NHS Foundation Trust.

La siguiente declaración de reconocimiento debe incluirse en todas las publicaciones que hagan referencia al uso de estos materiales: "Ready Steady Go" y "Hello to adult services" desarrollados por el Transition Steering Group dirigido por el Dr. Anind Nagra, nefrólogo pediátrico y líder clínico de atención de transición en el Hospital de Niños de Southampton, el Hospital Universitario de Southampton NHS Foundation Trust basado en el trabajo de: 1. S Whitehouse y MC Paone. Reducir la brecha entre la juventud y la edad adulta. Pediatría contemporánea, 1998, diciembre. 13-16. 2. Paone MC, Wigle M, Saewyc E. El modelo ONTRAC para la atención transicional de adolescentes. Prog Transplant 2006; 16: 291-302.3. Janet E McDonagh et al, J Child Health Care 2006; 10 (1): 22-42". Puede encontrar más información en www.readysteadygo.net.
April 2020 2518

Adaptación al Español de estos documentos fue hecha por los Dres. Cristina Bizaquet, Nefróloga Pediatra del Hospital Príncipe de Asturias, Madrid, España y Dr. Luis Borlló Chávez, Nefrólogo Pediatra del Hospital Gustavo Frick, Wina del Mar, Chile

El programa de transición Ready Steady Go - Listos

El equipo médico y de enfermería tiene como objetivo apoyarte en la medida que te haces mayor y ayudarte a desarrollar poco a poco la confianza y las habilidades para hacerte cargo de tu propia atención médica.

Completar este cuestionario ayudará al equipo a crear un programa a tu medida.

Responde a todas las preguntas que sean importantes para ti y pregunta a quién consideres si no estás seguro.

Nombre:

Fecha:

Ready
Steady Go
programme

Conocimiento y habilidades	Si	Me gustaría recibir ayuda o algún consejo con esto.	Comentarios
CONOCIMIENTO			
Entiendo las principales palabras y términos médicos y procedimientos que son importantes para mi enfermedad.			
Entiendo para qué sirven cada uno de los medicamentos y cuáles son sus efectos secundarios.			
Soy responsable de mi propia medicación en casa.			
Organizo y recojo las recetas médicas y programo mis propias citas.			
Llamo al hospital si hay algún problema sobre mi enfermedad o sobre los fármacos.			
Sé lo que cada miembro del equipo médico puede hacer por mí.			
Comprendo las diferencias entre el cuidado médico pediátrico y del adulto.			
Conozco recursos que pueden ofrecer apoyo para gente joven con mi misma enfermedad.			
ASERTIVIDAD – HABLAR POR UNO MISMO			
Me siento seguro de acudir a la consulta sin acompañante en algunas/todas las visitas a la clínica y además será capaz de hacer mis propias preguntas.			
Entiendo mi derecho a la confidencialidad.			
Comprendo mi papel en la toma de decisiones compartidas con el equipo de atención médica Ej. Ask 3 Questions*.			
SALUD Y ESTILO DE VIDA			
Hago ejercicio regularmente/ tengo un estilo de vida activo.			
Comprendo los riesgos de las drogas, el alcohol y el tabaquismo para mi salud.			
Comprendo lo que significa una alimentación adecuada para mi salud en general			
Soy consciente de que mi enfermedad puede afectar a cómo me desarrollo. Por ejemplo: pubertad.			
Sé dónde y cómo puedo acceder a información fiable sobre salud sexual.			
Entiendo las implicaciones sobre la maternidad / paternidad que tiene la enfermedad y las medicaciones (si corresponde).			

El programa de transición Ready Steady Go - Listos

Conocimiento y habilidades	Si	Me gustaría recibir ayuda o algún consejo con esto.	Comentarios
VIDA DIARIA			
Puedo cuidar de mí mismo en casa en relación con vestirme, bañarme/asearme, etc.			
Puedo preparar mis propias comidas/aperitivos.			
Sé cómo planificar con anticipación para estar fuera de casa una noche, o en el extranjero, excursiones. Ejemplo: prepara el almacenamiento de medicamentos y vacunaciones.			
EDUCACIÓN Y TU FUTURO			
Me las arreglo para ir al colegio/instituto. (yendo y viniendo de un sitio, haciendo frente al trabajo, amigos y educación física, por ejemplo).			
Sé lo que quiero hacer cuando acabe el colegio.			
He trabajado/ tenido una experiencia de voluntariado.			
Soy consciente del impacto que tiene mi enfermedad en mi educación y en mis oportunidades de trabajo.			
Sé a quién contactar para recibir asesoramiento profesional/vocacional.			
OCIO			
Puedo usar el transporte público y acceder a los locales de mi zona. Por ejemplo: tiendas, centros de ocio, cine.			
Ve a mis amigos fuera del colegio/instituto.			
MANEJO DE LAS EMOCIONES			
Sé cómo gestionar comentarios desagradables / acoso escolar.			
Conozco a alguien con quien puedo hablar cuando me siento triste/ harto.			
Sé cómo gestionar emociones como la ira o la ansiedad.			
Me siento cómodo/satisfactorio con el aspecto en que me veo .			
Estoy feliz con mi vida.			
TRANSICIÓN AL CUIDADO DE ADULTO			
Comprendo el significado de "transición".			
Soy consciente del plan para mi cuidado médico cuando sea adulto.			
Tengo toda la información que necesito sobre el equipo de adultos que me cuidará.			

Por favor, enumere cualquier otra cosa con la que gustaría que te ayudamos o pedir consejo:

Gracias

El programa de transición Ready Steady Go - ¡ya!

El equipo médico y de enfermería tiene como objetivo apoyarte en la medida que te haces mayor y ayudarte a desarrollar poco a poco la confianza y las habilidades para hacerte cargo de tu propia atención médica.

Completar este cuestionario ayudará al equipo a crear un programa a tu medida.

Responde a todas las preguntas que sean importantes para ti y pregunta a quién consideres si no estás seguro.

Nombre:

Fecha:



Conocimiento y habilidades	Sí	Me gustaría recibir ayuda o algún consejo con esto.	Comentarios
CONOCIMIENTO			
Confío en mi conocimiento sobre mi enfermedad y su manejo.			
Entiendo lo que es probable que ocurra con mi enfermedad cuando sea adulto.			
Me ocupo de mi propia medicación.			
Ordeno y recojo las prescripciones y reservo mis propias citas médicas.			
Llamo al hospital por mi mismo si hay algún problema sobre mi enfermedad y/o tratamiento.			
ASERTIVIDAD – HABLAR POR UNO MISMO			
Me siento seguro de ser visto por mi cuenta en esta consulta.			
Entiendo mi derecho a la confidencialidad.			
Entiendo mi papel en la toma de decisiones compartida con el equipo de atención médica Por ejemplo: Ask 3 questions*.			
SALUD Y ESTILO DE VIDA			
Hago ejercicio regularmente/ tengo un estilo de vida activo.			
Comprendo los riesgos de las drogas, el alcohol, y el tabaquismo para mi enfermedad y mi salud general.			
Comprendo lo que significa una alimentación apropiada para mi salud en general.			
Sé dónde y cómo puedo acceder a una información fiable sobre la salud sexual.			
Comprendo las implicaciones de mi enfermedad y medicaciones sobre el embarazo / crianza de mis hijos (si es el caso).			
VIDA DIARIA			
Soy independiente en casa- me visto, me baño, me ducho, preparo las comidas, etc.			
Puedo o estoy aprendiendo a conducir.			

El programa de transición Ready Steady Go - Partieron

Conocimiento y habilidades	Sí	Me gustaría recibir ayuda o algún consejo con esto.	Comentarios
VIDA DIARIA (CONTINÚA)			
Sé cómo planificar con anticipación por ejemplo: para estar fuera de casa, en el extranjero, excursiones.			
Sé que yo puedo elegir ciertos beneficios debido a mi enfermedad.			
EDUCACIÓN/TRABAJO/TU FUTURO			
He estado trabajando tengo una experiencia en voluntariado.			
Tengo un plan de carrera (especifique).			
Soy consciente del impacto potencial (si lo hubiera) de mi enfermedad en mi plan de carrera profesional futuro.			
Sé cómo y que decirle a un posible o futuro "jefe" sobre mi enfermedad que se plantee contratarme (si corresponde).			
Sé a quién contactar para recibir asesoramiento profesional.			
OCIO			
Puedo usar el transporte público y acceder a los locales de mi zona. Por ejemplo: tiendas, centros de ocio, cine...			
Veo a mis amigos fuera del colegio/universidad/trabajo.			
MANEJO DE LAS EMOCIONES			
Sé cómo gestionar comentarios desagradables / acoso escolar.			
Conozco a alguien con quien puedo hablar cuando me siento triste/harto.			
Sé cómo manejar mis emociones como la ira o ansiedad.			
Sé dónde puedo conseguir ayuda para gestionar mis emociones si es necesario.			
Me siento cómoda/a o satisfecho/a con el aspecto en que me veo.			
Estoy feliz con mi vida.			
TRANSICIÓN A CUIDADO DE ADULTO			
Comprendo el significado de transición y transferencia de mi información.			
Conozco el plan sobre mi cuidado cuando sea un adulto.			
Tengo toda la información que necesito sobre el equipo de adultos que me atenderá.			

Por favor, enumera aquello a lo que te gustaría que te ayudamos o pedir consejo:

Gracias

Los materiales "Ready Steady Go" fueron desarrollados por el equipo de Dirección del Grupo de Transición dirigido por el Dr. Anvini Nigra, neurólogo pediátrico y Jefe del Programa de atención de transición en el Hospital de Niños de Southampton, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust basado en el trabajo de: 1. S Whitehouse y MC Payne. Reducir la brecha entre la juventud y la edad adulta. Pediatría contemporánea, 1998, diciembre, 13-16.2. Payne MC, Wigle M, Saewyc E. El modelo ON TRAC para la atención transicional de adolescentes. Prog Transplant 2006; 16: 291-302 3. Janet E McDonagh et al, J Child Health Care 2006; 10 (1): 22-42. Los usuarios pueden utilizar los materiales "Ready Steady Go" y "Hello to adult services" en su formato original únicamente con fines no comerciales. No se permiten modificaciones o cambios de ningún tipo sin el consentimiento de University Hospital Southampton NHS Foundation Trust.

TEST FAGESTROM DEPENDENCIA TABACO

A. ¿Cuántos minutos pasan entre el momento de levantarse y fumar el primer cigarrillo?

- 5 ó menos
- De 6 a 30
- De 31 a 60
- Más de 60

B. ¿Encuentras dificultad para abstenerte de fumar en lugares donde está prohibido?

- Sí
- No

C. ¿Qué cigarrillo te costaría más abandonar?

- El primero de la mañana
- Otros

D. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

- Más de 30
- Entre 21 y 30
- Entre 11 y 20
- Menos de 11

E. ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

- Sí
- No

F. ¿Fumas cuando no te encuentras bien o cuando estás enfermo?

- Sí
- No

Nivel de dependencia: ---

PUNTUACIÓN: Rangos de dependencia

De 0 a 1 puntos:	Dependencia muy baja
De 2 a 3 puntos:	Dependencia baja
De 4 a 5 puntos:	Dependencia moderada
De 6 a 7 puntos:	Dependencia alta
De 8 a 10 puntos:	Dependencia muy alta

CUESTIONARIO AUDIT PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL.

1) ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Mensualmente o menos (1 punto)
- De 2 a 4 veces al mes (2 puntos)
- De 2 a 3 veces a la semana (3 puntos)
- 4 o más veces a la semana (4 puntos)

2) ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?

- 1 o 2 (0 puntos)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 puntos)
- De 7 a 9 (3 puntos)
- 10 o más (4 puntos)

3) ¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

4) ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

5) ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

6) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?

- Nunca (0 puntos)

- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

9) ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?

- No (0 puntos)
- Sí, pero no en el último año (2 puntos)
- Sí, durante el último año (4 puntos)

10) ¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?

- No (0 puntos)
- Sí, pero no en el último año (2 puntos)
- Sí, durante el último año (4 puntos)

0 - 7 Puntos: Riesgo bajo
8 - 15 Puntos: Riesgo medio
16 - 19 Puntos: Riesgo alto
20 - 40 Puntos: Probable adicción