

# Estudio descriptivo de prevalencia del consumo de tabaco en pacientes hospitalizados en el Hospital Duran i Reynals

Silvia Toda Brugarolas

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat  
Internacional  
de Catalunya

Facultad  
de Medicina y  
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Estudio descriptivo de prevalencia del consumo de tabaco en pacientes hospitalizados en el Hospital Duran i Reynals

Grado en Enfermería

**Autor:** Silvia TODA BRUGAROLAS  
**Tutor:** Cristina MARTINEZ, Marcela FU  
**Fecha de presentación:** 26/05/2015

*A todos los profesores  
que me han ayudado  
a formarme como enfermera*

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”**

## Agradecimientos

Este trabajo de investigación se ha llevado a cabo gracias a la disponibilidad, ayuda, apoyo y ánimo de ciertas personas sin las que no hubiera conseguido realizarlo.

En primer lugar quería agradecer a cada uno de los pacientes que me han dedicado un largo rato de tiempo para poder cumplimentar las entrevistas. Especialmente quería agradecer a aquellas personas que, gracias a haber compartido sus experiencias y parte de su biografía durante la entrevista, me han enseñado el valor de los resultados de la investigación. Han conseguido humanizar largas horas de trabajo y lectura delante del ordenador. Además, han sido protagonistas de mi sensibilización real acerca de la problemática de estudio: el tabaco como problema de Salud Pública. Gracias.

En segundo lugar, quiero agradecer al Instituto Catalán de Oncología por prestar un lugar para la investigación del tabaco. Además agradecer la acogida de los trabajadores colaboradores del proyecto. Desde el principio ha gobernado el interés por el proyecto de investigación y ha sido una experiencia de relación gratificante y de la que estoy agradecida. Gracias también por la acogida y disponibilidad de las enfermeras de las unidades en la que he estado.

Gracias igualmente a la Universidad Internacional de Cataluña por ofrecer este tipo de experiencia dentro del ámbito de la profesión enfermera. Ha sido una experiencia que reconozco muy enriquecedora. Me ha aportado muchísimo en el entendimiento de la investigación en la enfermería, ampliado campo de visión a un mundo que era desconocido.

Por último gracias a mi tutora principal. Por su paciencia, disponibilidad y atención. Paciencia por las miles de correcciones, atención por el interés a mi aprendizaje dentro de todo el proyecto de trabajo y disponibilidad ante cualquier duda o contratiempo. Sobre todo también: gracias por la confianza en mi aprendizaje y por la confianza también delante de mis pequeñas desilusiones acerca de mi mejora, dudas o capacidad. Gracias

## Resumen

**Objetivos.** Determinar la prevalencia y el patrón de consumo de tabaco de los pacientes hospitalizados en el Hospital Duran i Reynals.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo transversal a través de entrevistas realizadas a los pacientes ingresados entre los meses de enero y febrero de 2014. Se realizó análisis estadístico descriptivo considerando las variables: edad, sexo, patrón de consumo, conocimiento de la normativa, cumplimiento de esta y grado de intervención enfermera (5AS: Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange).

**Resultados.** De 39 registros de adultos mayores hospitalizados se encontró 5 casos de consumo activo de tabaco y 23 casos de exfumadores (59%). La prevalencia de consumo actual es de 12,8%, siendo más frecuente en hombres y en menores de 60 años de edad. El nivel de dependencia es en 40% leve.

El porcentaje de conocimiento de la normativa es del 76% y el grado de intervención enfermera del 48,7% en su primera fase (Ask) y menor en las siguientes.

**Conclusiones.** La prevalencia de consumo de tabaco es menor que en la población general, sin embargo se identifica una alta prevalencia de exfumadores. Hay un alto porcentaje de conocimiento adecuado de la normativa de consumo de tabaco. La intervención enfermera con respecto al tabaco y basado en el modelo de las 5 As de la OMS, es aún bajo.

**Palabras clave:** Tabaco, prevalencia, cesación tabáquica, abandono tabáquico, hospitalización, intervención enfermera.

## Abstract

**Objectives.** To describe the smoking prevalence and determinants and pattern of consumption among inpatients in the Hospital Duran i Reynals.

**Materials and methods.** This is a descriptive cross-sectional study by face-to-face interview among inpatients, conducted between December 2013 and January 2014. Descriptive statistical analysis was performed considering the following variables: age, gender, determinants and pattern of consumption, knowledge, accomplishment and accordance of the regulations and the nurse intervention in tobacco cessation (5As: Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange),

**Results.** Out of 39 interviewees, 5 were smokers and 23 former smokers (59%). Smoking prevalence was 12.8%, being more frequent in men and younger than 60 years old. 40% of smokers have a moderate dependence to nicotine. 76% of inpatients knows the current tobacco policy in the hospital and the level of nursing intervention is 48.7% in its first step (Ask) and lowest in the following steps.

**Conclusions.** The smoking prevalence is lower than in the general population. However, a high prevalence of former smokers is identified. There is a high percentage of adequate knowledge of the regulation on tobacco smoking, but the nurse intervention is still low.

**Key words:** tobacco, prevalence, tobacco cessation, smoking cessation, hospitalization, nurse intervention.

## Índice

	Pág.
1. Lista de tablas	VII
2. Lista de gráficos	VIII
3. Abreviaciones	IX
4. Introducción	1
4.1 Prevalencia del consumo de tabaco a nivel mundial	1
4.1.a. Prevalencia del consumo de tabaco en España	2
4.2 Mortalidad asociada al consumo de tabaco a nivel mundial	2
4.2.a Mortalidad asociada al consumo de tabaco en España	3
4.3 Medidas de control del tabaquismo de carácter internacional	3
4.3.a Medidas legislativas en España	4
4.3.b Políticas de control en los centros sanitarios	5
4.3.c Medidas de control del tabaquismo: intervención	6
4.4 Estado actual de la atención al paciente fumador en Cataluña	7
5. Hipótesis de trabajo	9
6. Objetivos	10
7. Metodología	11
8. Resultados	15
9. Discusión	24
10. Conclusión	27
11. Reflexión	28
12. Referencias bibliográficas	29
13. Anexos	32
Cronograma del desarrollo del trabajo	32
Hoja informativa al paciente	33
Consentimiento informado	34
Cuestionario	36

## 1. Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados	15
<b>Tabla 2.</b> Estado de salud percibido e índice de Barthel de los pacientes ingresados	16
<b>Tabla 3.</b> Estado auto declarado del consumo antes y durante el ingreso, y validación del Monóxido de Carbono en aire espirado (CO).	17
<b>Tabla 4.</b> Características y patrón de consumo de los fumadores.	18
<b>Tabla 5.</b> Acuerdo o desacuerdo con cómo el tabaco afecta a la salud y otras afirmaciones del consumo.	19
<b>Tabla 6.</b> Características sociodemográficas y patrón de consumo de los exfumadores.	20
<b>Tabla 7.</b> Conocimiento y percepción del cumplimiento de la normativa de espacios sin humo en el hospital	21
<b>Tabla 8.</b> Nivel de atención al consumo de tabaco de acuerdo con los 5 As	22
<b>Tabla 9.</b> Porcentaje de acuerdo sobre el rol de los profesionales y los hospitales en el control del tabaquismo	23

## 2. Lista de gráficos

Figura 1: Población fumadora (pág. 2)

### 3. Abreviaciones

CO: Monóxido de Carbono

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

FDA: Food and Drug Administration

ICO: Instituto Catalán de Oncología

OMS: Organización mundial de la Salud

## 4. Introducción

Hay evidencia científica de que el consumo de tabaco causa muerte, enfermedad y discapacidad [1]. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo [2]. Más del 50% de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco [3].

Se sabe que su consumo es causa de enfermedades cardíacas y vasculares, de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y múltiples cánceres como el de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago y leucemia [2,3].

El tabaquismo además de ser considerado factor de riesgo, está considerado como una enfermedad crónica en sí misma por su naturaleza recidivante [4]. Sólo una pequeña proporción de los consumidores de tabaco logra mantener la abstinencia tras un primer intento de abandono. De hecho, según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1999, alrededor del 98% de personas que intentan dejar de fumar por sus propios medios y sin tratamiento específico, no consiguen su objetivo [5]. De igual manera, más del 70% de los fumadores desearía dejar de fumar y, aproximadamente el 44%, responde que intenta dejar de fumar todos los años [3].

### **PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO A NIVEL MUNDIAL**

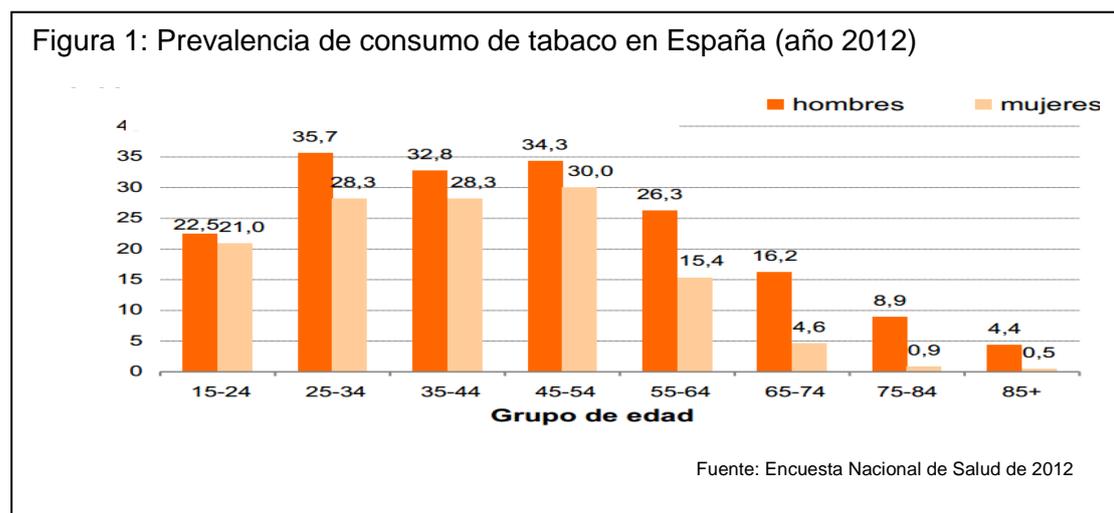
A pesar de su notoria disminución en porcentaje de consumo de tabaco, el tabaco es un gran problema de salud pública a nivel mundial. Así, en 1965 los fumadores superaban a los exfumadores en la proporción de tres a uno. Durante los últimos 40 años el porcentaje de abandono ha superado tanto la tasa de inicio que actualmente hay más exfumadores que fumadores activos [3]. En la actualidad, más de 1000 millones de personas fuman tabaco en todo el mundo, de las cuales aproximadamente la cuarta parte son adultos [2].

En Estado Unidos se ha calculado como el coste sanitario atribuible al tabaquismo es de 96.000 millones de dólares al año en costes directos y otros 97.000 millones de dólares por pérdida de productividad [3].

## Prevalencia del consumo en España

De acuerdo a los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de 2012, actualmente en España la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) es del 27,1%. En concreto, el 24,0% de la población afirma que fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional, el 19,6% se declara ex-fumador y el 53,5% nunca ha fumado. Por sexo, el porcentaje de fumadores es del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres [6]. Ha descendido 2 puntos porcentuales desde el 2006, donde el 26,4% de la población de 16 y más años fumaba a diario, el 3,1% era fumador ocasional, el 20,5% se declaraba ex-fumador y el 50,0% nunca había fumado [7].

El porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso, fundamentalmente a expensas de los hombres. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos acusado. El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 21,7%, sin gran diferencia por sexo (22,5% de los hombres frente al 21,0% de las mujeres) [6](Figura 1).



## MORTALIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE TABACO A NIVEL MUNDIAL

Se ha identificado al tabaquismo como la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestra sociedad. Produce más de cinco millones de muertes cada año a nivel mundial. El consumo de tabaco sigue aumentando en los países en desarrollo debido en parte al crecimiento constante de la población [2].

Estimaciones recientes de estudios en EE.UU mantienen que el 21% de los adultos fuman, lo que representa aproximadamente 45 millones de fumadores adultos habituales. Más aún, el consumo de tabaco es una enfermedad pediátrica. Cada día aproximadamente 4.000 jóvenes entre 12 y 17 años fuman su primer cigarrillo y

aproximadamente 1.200 niños y adolescentes se convierten en fumadores habituales a diario [3]. Por ello hay más de 435.000 muertes al año relacionadas con el tabaco en los Estados Unidos [3].

Si las tendencias actuales siguen su curso, para 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año. Para finales de este siglo, el tabaco podría haber matado a 1000 millones de personas [2].

### **Mortalidad asociada al consumo de tabaco en España**

Según un estudio de Banegas JR, et al., se calcula que la mortalidad, en el año 2006, fue de 53.155 muertes atribuibles al tabaquismo en individuos  $\geq 35$  años, lo que supone el 14,7% (25,1% en varones y 3,4% en mujeres) de todas las muertes ocurridas en los mismos. El 88,7% (47.174) de estas muertes atribuibles a varones y el 11,3% (5.981) a mujeres [8].

Por causas de muerte, destacan en el estudio las muertes atribuibles las siguientes tumores malignos (24.058), especialmente cáncer de pulmón (16.482), enfermedades cardiovasculares (17.560), especialmente cardiopatía isquémica (6.263) e ictus (4.283); y enfermedades respiratorias (11.537), especialmente enfermedad pulmonar obstructiva crónica (9.886). Desde el año 2001 se ha observado un descenso en la mortalidad atribuible en los varones y un ascenso en las mujeres [8]. En España no solo se ve afectado el fumador, sino que mueren cada año alrededor de 2.000 personas que nunca han fumado debido a la exposición al humo ambiental del tabaco. [9].

### **MEDIDAS DE CONTROL DEL TABAQUISMO DE CARÁCTER INTERNACIONAL**

En Estados Unidos, país pionero en el control del tabaquismo, en el año 1997 tan sólo el 25% de los planes de asistencia sanitaria gestionada cubría alguna iniciativa de tratamiento del tabaquismo; esta cifra se aproximaba al 90% en el año 2003 [3].

Como proceso de cambio, en 2002 la Joint Commission (JCAHO) acreditó a unos 15.000 hospitales y programas asistenciales, e instauró el requisito de acreditación para ofrecer intervenciones destinadas al tratamiento del tabaquismo basadas en datos científicos a pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva o neumonía [3].

Posteriormente, a través del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2005, se plantean propuestas a partir de medidas político-sanitarias, a nivel internacional y nacional [10]. Se trata de iniciativas en las que los gobiernos, a través de leyes, empiecen a tomar medidas para reducir la epidemia.

Los avances de las políticas del consumo de tabaco y las intervenciones para dejar de fumar han reducido el consumo en EEUU. Estos avances forman parte de un patrón de cambio más general que ha ocurrido en los últimos 40 años [3]. El progreso refleja el éxito de los profesionales sanitarios, la salud pública comunitaria, los científicos, las agencias gubernamentales, las organizaciones sanitarias, las aseguradoras y los fumadores que han logrado el abandono. En consecuencia, la actual prevalencia de consumo de tabaco en adultos en los EE.UU. (alrededor del 20,8%) es menos de la mitad de la que había en la década de 1960 (alrededor del 44%) [3].

Además el porcentaje de fumadores que refieren haber sido aconsejados para dejar de fumar ha aumentado casi hasta el doble desde el comienzo de la década de 1990[3].

Una de las primeras experiencias exitosas en la restricción del consumo ha sido en las Instituciones Médicas Johns Hopkins en los años 90. La política de espacios sin humo consiguió una disminución del 25% en la prevalencia del tabaquismo de los empleados (21,7% vs 16,2% antes vs después de la implementación de políticas, respectivamente). El número diario de cigarrillos fumados por los trabajadores que continuaron fumando disminuyó en un promedio del 25% [11].

Otra experiencia positiva está publicada por un hospital en Israel que describe que antes de la implementación de los espacios sin humo el 42% del personal fumaba y que tras seis meses el porcentaje se redujo a 34% [12]. Además, en otros lugares como empresas públicas y privadas, estas políticas han sido también un éxito ya que los empleados han conseguido mayores tasas de abandono del hábito de fumar que los empleados de los centros donde se permite fumar [11].

Estas experiencias exitosas animaron a difundir la estrategia en múltiples organizaciones sanitarias en el mundo.

### **Medidas Legislativas en España:**

España inició un plan global de control del tabaquismo el año 2006 mediante la implantación de la ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del

tabaco [13]. Dicha ley estableció la prioridad de conseguir que los hospitales se establecieran como “Hospitales Sin Humo”. Dicha ley durante 5 años, consigue una reducción de los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio y de la morbilidad respiratoria de los trabajadores no fumadores del sector de la hostelería [14]. Además, redujo el porcentaje de trabajadores fumadores [15]. Posteriormente se aprobó la modificación a la ley vigente mediante la nueva ley 42/2010 [16]. En esta se modifica la redacción relativa a la prohibición de fumar en centros sanitarios y educativos de forma que se clarifica en ambos casos la prohibición de fumar en todo el recinto, incluidos los espacios al aire libre y espacios cubiertos, a excepción de los centros universitarios. Además, se promueve que las administraciones públicas realicen el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria, los programas de promoción del abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes, centros sanitarios, centros de trabajo y entornos deportivos y de ocio [14,16].

### **Políticas de control en los centros sanitarios**

Según un estudio de Mckee M, Gilmore A y Novotny TE, la implementación de la normativa de la restricción del consumo de tabaco debe ser completa y evitar políticas de espacios sin humo parciales (o por zonas) para poder obtener resultados deseables [17]. Los hospitales y centros sanitarios en general deberían implementar políticas de control del tabaco integrales con la involucración de las personas del entorno, para que creen una visión del cambio organizativo [18].

Algunos de los elementos necesarios para la introducción de una política integral de control del tabaco son la gestión del proyecto por parte de la directiva, la asignación de recursos, el compromiso público, y el apoyo de todos los trabajadores [18]. Estos elementos están incluidos en el decálogo de medidas de la Red Internacional de Hospitales sin Humo [15].

En España el primer hospital en desarrollar este proyecto fue el Instituto Catalán de Oncología (ICO) en el año 1998 [19]. Gracias a sus buenos resultados, que evidenciaban el cumplimiento de los espacios sin humo, promoviendo lugares saludables, en el año 2000 se creó la Red Catalana de Hospitales Libres de Humo, promovida y coordinada por el ICO (ver en: [www.xchsf.com](http://www.xchsf.com)). Actualmente, 69 de los 71 (97,18%) hospitales de utilización pública de Cataluña pertenece a esta red [20].

## **Medidas de control del tabaquismo: intervención**

Además de los espacios sin humo, existen intervenciones específicas para dejar de fumar.

Con la finalidad de marcar el proceso de implementación de estas políticas sanitarias dentro de los centros, la OMS publica un documento en el que se revisan y proponen intervenciones costo-efectivas en el control del tabaco. Describe seis fases dentro de cada implementación con el propósito de servir de referencia a los países y para ayudarles a poner en práctica las políticas de control del tabaco que figuran en el plan de medidas. Su finalidad es ayudar en la planificación, el establecimiento y la evaluación de alianzas nacionales e internacionales, y al mismo tiempo facilitar el acceso a los recursos financieros destinados a las actividades de control del tabaco [2]. Se presentan seis estrategias en el plan de políticas e intervenciones de la OMS llamadas MPOWER (acrónimo que surge de las medidas originales en inglés). Estas son: “Monitorizar” el consumo de tabaco, “Proteger” a la población del humo ambiental del tabaco, “Ofrecer” ayuda para el cese del consumo, “Warn” (Advertir) de los peligros del tabaco, “Enforce” (que es aplicar, “hacer cumplir”) las restricciones y normativas, “Raise” (aumentar) los impuestos.

La medida “Ofrecer ayuda para el cese del consumo de tabaco”, es un tipo de intervención que se puede realizar tanto en el ámbito de la Atención primaria como en los centros hospitalarios. Alcanzado este punto es importante dar a conocer a los profesionales sanitarios que la valoración y el tratamiento del consumo de tabaco generalmente llevan a una mayor satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria [3].

Se conoce que las probabilidades abandonar el consumo de tabaco se duplican o triplican con ayuda de tratamiento farmacológico. La terapia de sustitución de nicotina, el bupropion o la vareniclina son medicaciones de eficacia probada para ayudar a dejar de fumar [4]. Entre el 90% y el 95% de los fumadores cotidianos que intenta dejar de fumar sin ayuda recaen. Ante estas evidencias, el documento MPOWER apunta que los sistemas nacionales debieran ser los encargados de tratar la dependencia del tabaco y proveer las dos principales intervenciones que han demostrado su coste-efectividad para facilitar el abandono del tabaco. Las intervenciones son dos:

- La primera es ofrecer el consejo sistematizado y de forma habitual para dejar de fumar por parte todos los profesionales de la salud (asociado con líneas de ayuda telefónica).
- La segunda es facilitar a coste reducido el acceso a las medicaciones (o tratamientos) farmacológicos [2].

La intervención breve en tabaquismo trata con cinco componentes principales: las 5 As de la intervención mínima sobre el tabaquismo (Averigüe, Asesore, Aprecie, Ayude, Acuerde). Es importante que el profesional sanitario averigüe si el paciente es fumador, le asesore para el abandono, y aprecie la motivación para hacer un intento de abandono. Las tres primeras As se deben aplicar con todos los fumadores, independiente de su voluntad para dejar el tabaco. Si el paciente está motivado para hacer un intento de abandono, el profesional sanitario debe ayudarlo ofreciéndole tratamiento farmacológico o remitiéndole para tratamiento mediante consejo u otro tratamiento adicional, además de acordar visitas de seguimiento para prevenir las recaídas. Si el paciente no está preparado para hacer un intento de abandono, el profesional sanitario debe hacer una entrevista motivacional y programar abordar el tabaquismo en la siguiente visita en la consulta [3].

El tratamiento farmacológico: Se recomiendan las siete medicaciones aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration): medicamentos de bupropión, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, pastillas de nicotina, espray nasal de nicotina, parche de nicotina y vareniclina.

## **ESTADO ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE FUMADOR EN CATALUÑA**

A pesar de los buenos resultados generales en el extranjero, en Cataluña todavía permanece alta la proporción de fumadores, siendo ésta del 29,5% [19,21]. En España, tras la Ley 28/2005 se estimó como el 45,1% de los pacientes hospitalizados eran fumadores, y como la ley no ha favorecido la disminución del consumo de tabaco en los pacientes ingresados sino que ha aumentado. A pesar de ello tan solo el 38% de los pacientes hospitalizados fumadores afirmaron haber sido preguntados por su consumo de tabaco [22].

En general, y aunque la situación ha mejorado en los últimos años, la organización del sistema sanitario para el tratamiento del tabaquismo todavía es deficiente, ya que muchas de las iniciativas asistenciales siguen siendo voluntarias y no se incluyen en la

cartera de servicios de los proveedores sanitarios [19]. Además, los medicamentos utilizados en la cesación tabáquica no están financiados ampliamente [19].

Por otro lado, los pacientes fumadores catalanes que ingresan en un centro hospitalario se ven afectados por la nueva normativa. Actualmente se conoce, según Martínez C, et al., que la prevalencia de tabaco de los trabajadores de los hospitales después de la normativa de espacios “libres de humo”, continúa alta (30,6%) a pesar de su disminución [24]. Sin embargo, actualmente se desconoce si los pacientes ingresados que son fumadores se han visto afectados por la normativa, si presentan sintomatología de abstinencia durante su ingreso, si tienen deseo de dejar de fumar, o si tienen ayudas para la cesación del hábito tabáquico en un ambiente favorable como es un hospital.

Por ello, este estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia del consumo de tabaco en los pacientes del Instituto Catalán de Oncología, describir su patrón de consumo y la comorbilidad con el cáncer y cada subtipo. Además pretende examinar los niveles de atención e intervención ofrecidos, determinar la existencia o no del síndrome de abstinencia y sus grados, describir la sintomatología de abstinencia en función de su dependencia a la nicotina y el nivel de intervención de enfermería.

## 5. Hipótesis de trabajo

Pese a ser un estudio descriptivo nos aventuramos a plantear las siguientes hipótesis de trabajo

- 1- La prevalencia de consumo de tabaco entre los pacientes hospitalizados es baja
- 2- Un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados con cáncer han sido fumadores
- 3- La mayoría de los exfumadores son hombres
- 4- La normativa de espacios sin humo tiene un alto cumplimiento tanto por parte de la organización como por parte de los fumadores
- 5- La mayoría de los pacientes hospitalizados están de acuerdo con las políticas de espacios sin humo y piensan que el hospital es una organización donde se deben realizar acciones contra el tabaquismo

## 6. Objetivos

1. Analizar la prevalencia del consumo de tabaco entre los pacientes ingresados en el Instituto Catalán de Oncología
2. Describir las características sociodemográficas y la salud percibida de los pacientes ingresados en el Hospital Duran i Reynals
3. Describir el patrón de consumo de los pacientes fumadores, la dependencia según la escala Barthel ingresados en el Instituto Catalán de Oncología
4. Describir los determinantes de los pacientes exfumadores, sus motivos para dejar de fumar y método de abandono
5. Examinar el nivel de atención para dejar de fumar ofrecido en el centro por las enfermeras clínicas hospitalarias de acuerdo con el modelo de intervención breve propuesto por la OMS (5 As)
6. Identificar el conocimiento de la practica actual de espacios sin humo y el cumplimiento de acuerdo a la percepción de los pacientes
7. Identificar el acuerdo sobre el rol de los profesionales de la salud y los hospitales en controlar el tabaquismo

## 5. Metodología

### Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal mediante encuesta por entrevista cara a cara a pacientes hospitalizados seleccionados al aleatoriamente ingresados en el Hospital Duran i Reynals.

### Población a estudio

Pacientes hospitalizados de más de 24 horas de estancia ingresados en el Hospital Duran i Reynals durante los meses de enero y febrero de 2014. Adultos mayores de edad. Conscientes y orientados en el momento de ingreso. Han sido criterios de exclusión los pacientes ingresados en urgencias.

### Cálculo de la muestra

La población diana ha sido los pacientes ingresados en el ICO, un hospital de agudos monográfico del cáncer de 80 camas de capacidad. El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta la prevalencia de consumo de tabaco en Cataluña 29.5% en el año 2011 [21] y un error de  $\pm 4$  con una confianza del 80%.

La muestra final total la componen 40 participantes. Dos personas que iniciaron la entrevista pero no pudieron terminarla por extensión y cansancio fueron excluidas de la muestra total y del análisis de los datos. Para seleccionar a los pacientes se ha utilizado un muestreo simple (habitaciones pares o impares, consecutivos, iniciando por el primer paciente disponible en la lista de cada unidad del hospital) y probabilístico al número de camas del hospital. Se tuvo en cuenta a los pacientes que estaban en sus camas y, en el caso de que estuviera vacía o el paciente estuviera fuera, se negara a participar, etc. se realizó la entrevista al paciente de la misma habitación o de la habitación contigua.

Se tuvo en cuenta el criterio de las enfermeras responsables de los pacientes seleccionados para conocer si el paciente estaba en disposición de realizar la entrevista (no tenía dolor, náuseas, vómitos o estaba en espera para hacer una prueba).

### Variables

#### Dependientes

- Consumo de tabaco: Se preguntó sobre su consumo actual de tabaco (justo antes de ingresar) A partir de esta pregunta se les clasificó a los participantes del estudio de acuerdo con:

- 1) Fumador actual, aquella persona que fuma a diario (al menos un cigarrillo al día) u ocasionalmente (menos de un cigarrillo al día) en el momento de la encuesta.
- 2) No fumador, aquella persona que no ha fumado nunca o que no ha llegado a fumar diariamente 6 meses o más en el pasado.
- 3) Ex-fumador, aquella persona que no fuma en la actualidad pero que ha fumado diariamente durante un período de 6 meses o más en el pasado.

En el caso de los fumadores se preguntó:

- La edad de inicio y el número de cigarrillos diarios.
- La dependencia a nicotina mediante el test de Fagerström. Puntuación  $\geq 6$  dependencia alta, puntuación 4-5 dependencia media,  $\leq 3$  dependencia baja [23].
- La sintomatología de abstinencia (insomnio, irritabilidad, frustración, estado de ánimo disfórico o depresivo, ansiedad, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito y peso)
- Abstinencia del consumo durante el proceso de hospitalización. En caso de ser fumadores activos se les preguntó los lugares en los cuales fuman.
- Determinación de medida de monóxido de carbono en aire espirado (coximetría) para validar la abstinencia autoinformada. [ $< 6$  ppm: no fumador activo y  $\geq 6$  ppm: fumador activo].
- Su disponibilidad a dejar de fumar en el momento de la hospitalización de acuerdo al modelo de Prochaska y Di Clemente estableciendo las fases de contemplación al cambio como pre-contemplativa, contemplativa, acción, mantenimiento y recaída [27].
- Oferta de ayuda para dejar de fumar durante la hospitalización de acuerdo con el modelo de las 5As de la OMS recibida por los profesionales del centro[2]
  - 1) Ask- ¿Le han preguntado si fuma?(tanto a fumadores, exfumadores como no fumadores)
  - 2) Advice- ¿Le han aconsejado dejar de fumar? (solo a los fumadores)
  - 3) Assess- ¿Le han preguntado sobre su deseo de abandono? (solo a los fumadores)
  - 4) Assist- ¿Le han ofrecido ayuda profesional y/o farmacológica? (solo a los fumadores)
  - 5) Arrange- ¿Le han propuesto un plan de ayuda y seguimiento? (solo a los fumadores)

- El nivel de intervención ofrecida y el personal que ha ofrecido la ayuda para dejar de fumar durante la estancia: Enfermera, Médico, Otro profesional, No sabe/No contesta (respuesta múltiple).
- Conocimiento de la normativa: En todos los casos se preguntó sobre el conocimiento de la normativa vigente de espacios sin humo en los centros hospitalarios de agudos.

### Independientes:

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

- Sexo: Hombre o mujer.
- Edad: Se preguntará la fecha de nacimiento. Para los análisis se crearán dos categorías (<0 > 60 años).

Clase ocupacional con la recogida de datos relativos a la ocupación como: ¿qué trabajo concreto hace/hacía?

Nivel de estudios. Clasificados en: menor que Primarios (1-no sabe leer ni escribir; 2-no ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir; 3-estudios primarios incompletos), Primarios (4-EGB, graduado escolar, bachillerato elemental, FPI, “las cuatro reglas”), Secundarios (5- ESO; 6- BUP, COU, bachillerato del plan nuevo, PREU; 7- FPII, ciclos formativos, fondos de garantía social) , Universitarios (8- diplomados, licenciados, graduados).

La salud auto-percibida a partir de la pregunta ¿Cómo diría usted que es su salud en general?, que admitirá las siguientes respuestas: 1. Excelente; 2. Muy buena; 3. Buena; 4. Regular; 5. Mala.

Nivel de dependencia a través de las actividades de la vida diaria como: Comer, bañarse, vestirse, arreglarse, eliminación intestinal, eliminación urinaria, usar el baño, actividad de traslado sillón-cama, deambulación y subir/bajar escaleras (escala de Barthel) [28].

- Motivo de ingreso: este dato se extrajo de la Historia clínica del paciente.
- Unidad de ingreso. Hemos trabajado en las unidades de oncología, hematología, braquiterapia y paliativos.
- Porcentaje de acuerdo sobre el rol de los profesionales y los hospitales, con una batería de preguntas a la que debían contestar por con una de cinco posibilidades: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni acuerdo/ni desacuerdo, en acuerdo, y totalmente en acuerdo.

## **Instrumento**

Cuestionario diseñado para el estudio y pilotado por primera vez en este proceso de recogida de datos. Previamente ha sido revisado por un comité ético que ha permitido su uso. Fue necesario realizar un entrenamiento antes de la puesta en marcha del pilotaje. Además fue necesario el aprendizaje del uso correcto del coxímetro (utilizado para la medición del monóxido de carbono). El primer cuestionario se realizó con dos entrevistadores como ayuda a la corrección de errores. Algunas preguntas se detectaron como de difícil comprensión y se han redactado nuevamente.

A todos los participantes se les explicó el proyecto, se les dió una hoja informativa sobre este mismo y se les pidió consentimiento informado por escrito para garantizar la confidencialidad de los datos.

## **Análisis**

Los análisis se realizan a partir de los objetivos establecidos y de los datos recogidos. Los datos regidos fueron previamente analizados estadísticamente con el programa SPSS versión 21.0 para Windows.

Las variables cuantitativas se han recodificado en categorías y se calculó la distribución en porcentaje. Así la edad se categorizó como ( $\leq 60$  años  $> 60$  años), número de cigarrillos ( $\leq 10$ ,  $> 10$  cigarrillos), tiempo transcurrido desde despertase hasta el primer cigarrillo ( $<0>30$  minutos) y nivel del monóxido de carbono ( $<0> a 6$ ).

Algunas variables cualitativas se reagruparon en nuevas categorías más amplias: grado de acuerdo (incluyendo totalmente de acuerdo, y acuerdo) ni de acuerdo ni en desacuerdo o desacuerdo (incluyendo totalmente desacuerdo y desacuerdo) en las preguntas relacionadas con el cumplimiento de la ley del tabaco en el centro, la visión del rol hospital como entidad médica, la visión del rol de los profesionales, etc. Otras de las variables cualitativas que se han reorganizado han sido la simplificación de la frecuencia de ver fumar en zonas específicas del hospital (se toman, rara vez, alguna vez, varias veces o muchas veces como variable única afirmativa).

Se han creado 9 tablas con la descripción de las principales variables de interés en las que se incluye el número de casos y sus porcentajes.

## 6. Resultados

### **Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados**

Del total de 41 entrevistados, tan sólo dos personas no contestaron de forma completa el cuestionario por la extensión del mismo (total participación 92,8%). Por tanto, se analizaron los datos de 39 participantes. Se distribuyeron por las siguientes unidades de ingreso: 25 (62,5%) en la unidad de Oncología, 8 (20%) en la unidad de Hematología, 6 (15%) en Braquiterapia y 1 (2,5%) en la unidad de Paliativos.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados**

	TODOS		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
<b>Edad</b>						
< 60 años	11	28,2	5	20,0	6	42,9
≥ 60 años	28	71,8	20	80,0	8	57,1
<b>Estado civil</b>						
Soltero, sin pareja	4	10,3	3	12,0	1	7,1
Con pareja, no conviven	1	2,6	1	4,0	0	0
Casado	28	71,8	19	76,0	9	64,3
Viudo	4	10,3	1	4,0	3	21,4
Separado	0	0	0	0	0	0
Divorciado	2	5,1	1	4,0	1	7,1
<b>Nivel de estudios</b>						
Menos que primarios	18	45,0	10	45,5	8	44,4
Primarios	13	32,5	9	40,9	4	22,2
Secundarios	6	15,0	2	9,1	4	22,2
Universitarios	3	7,5	1	4,5	2	11,1
<b>Actividad laboral</b>						
Trabaja	4	10,0	1	4,5	3	16,7
Parado	3	7,5	2	9,1	1	5,6
Invalidez permanente	6	15,0	3	13,6	3	16,7
Jubilado	25	62,5	16	72,2	9	50,0
Otros	2	5,0	0	0	2	11,1
<b>Unidad de ingreso</b>						
Oncológica	25	62,5	16	72,7	9	50,0
Braquiterapia	6	15,0	2	9,1	4	22,2
Paliativos	1	2,5	1	4,5	0	0
Hematológica	8	20,0	3	13,6	5	27,8

De la muestra, el 64,1% son hombres y 35,9% mujeres. Existen diferencias relevantes en su distribución por edad entre hombres y mujeres. Así el 80% de los hombres es  $\geq 60$  años; y entre las mujeres el 57,1% es mayor a dicha edad (ver tabla 1).

La mayoría de los pacientes (71,8%) están casados, sin diferencias relevantes en su distribución por sexo (hombres 76%; mujeres 64,3%). El nivel de estudios es mayoritariamente primario o menor que primario. Tan solo el 15% han completado estudios secundarios y el 7,5% universitarios. Por sexo la distribución de la educación alcanzada es ligeramente diferente entre las mujeres que tienen mayor formación secundaria y universitaria (tabla 1).

En relación a su actividad laboral, la mayoría de los pacientes entrevistados están jubilados (62,5%), el 15% de los casos tiene invalidez permanente y tan sólo el 10% trabaja (tabla 1).

El estado de salud auto percibido está menos valorado, ya que solo el 12,5% y el 22,5% de los ingresados pueden afirmar que su estado de salud es excelente o muy bueno respectivamente.

En cuanto al índice de Barthel, se observa cómo el 77,5% es absolutamente independiente para la realización de las actividades de la vida diaria. Cabe destacar la notoria diferencia entre el 90,9% de los hombres que son independientes y el 61,1% de las mujeres. El porcentaje acumulativo de la dependencia leve hasta la total es de 22,5%(tabla 2).

**Tabla 2. Estado de salud percibido e índice de Barthel de los pacientes ingresados**

	TODOS		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
<b>Estado de salud percibido</b>						
Excelente	5	12,5	3	13,6	2	11,1
Muy buena	9	22,5	4	18,2	5	27,8
Buena	12	30,0	7	31,8	5	27,8
Regular	11	27,5	7	31,8	4	22,2
Mala	3	7,5	1	4,5	2	11,1
<b>Puntuación de la escala de Barthel</b>						
Dependencia total (< 20)	0	0	0	0	0	0
Grave (20-35)	0	0	0	0	0	0
Moderado (40-55)	3	7,5	0	0	3	16,7
Leve (60-99)	6	15,0	2	9,1	4	22,2
Independiente (100)	31	77,5	20	90,9	11	61,1

### Consumo de tabaco

Del total de los entrevistados, 59% (23) afirman ser exfumadores, 28,2% (11) nunca han fumado y 12,8% (5) afirman ser fumadores actualmente. De los cinco fumadores, dos afirman haber fumado durante el ingreso (uno en el interior del recinto y otro fuera del recinto de acuerdo con el cumplimiento de la normativa). Sin embargo, de todos los 39 participantes, son 6 los que presentan una coximetría con valores superiores a 6 ppm (tabla 3). 16

**Tabla 3. Estado auto declarado del consumo antes y durante el ingreso , y validación del Monóxido de Carbono en aire espirado (CO)**

	n	%
<b>Consumo antes del ingreso (n=39)</b>		
Exfumador	23	59
<i>Exfumador diario</i>	23	59
<i>Exfumador ocasional</i>	0	0
Nunca fumador	11	28,2
Fumador	5	12,8
<i>Fumador diario</i>	5	12,8
<i>Fumador ocasional</i>	0	0
<b>Consumo durante el ingreso</b>		
Afirma que SÍ ha fumado durante el ingreso	2	40
Nivel $\geq$ 6 ppm ( <b>n=5</b> )	2	25
Afirma que NO ha fumado durante el ingreso	3	60
Nivel $\geq$ 6 ppm ( <b>n=39</b> )	6	75

### Fumadores

El patrón de consumo declarado de los fumadores es en su totalidad de carácter diario (nunca ocasional) y el tipo de tabaco que consumen son cigarrillos. Entre ellos no hay diferenciación por grupo de edad aunque sí en la formación académica: alcanzan los estudios primarios los 40%, secundarios 60%. Ninguno alcanza la formación universitaria (tabla 4).

La dependencia a la nicotina, según el test de Fagerström (tabla 4), muestra que el 60% tiene una dependencia alta ( $\geq$  6) y un 40% de dependencia leve.

**Tabla 4. Características y patrón de consumo de los fumadores**

	n	%
<b>Patrón de consumo</b>		
Diarios	5	100
<b>Sociodemográficas</b>		
<b>Sexo</b>		
Hombres	4	80
Mujeres	1	20
<b>Edad</b>		
< 60 años	3	60
≥ 60 años	2	40
<b>Estudios</b>		
Primarios	2	40
Secundarios	3	60
Universitarios	0	0
<b>Patrón de consumo</b>		
<b>N de cigarrillos</b>		
≤10 cigarrillos/día	1	20
> 10 cigarrillos/día	4	80
<b>Primer cigarrillo del día</b>		
≤ 30 minutos	2	40
> 30 minutos	3	60
<b>Nivel de dependencia</b>		
Alto	2	40
Medio	0	0
Bajo	3	60
<b>Deseo de dejar de fumar</b>		
Antes del ingreso quería reducir el consumo	3	60
Durante el ingreso se plantea dejar de fumar	2	40
<b>Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente</b>		
Sí	4	80
No	1	20
<b>Entorno fumador</b>		
Pareja fumadora (Si)	1	20
Convive con fumadores (Si)	1	20

Entre los fumadores, un 80% afirma que le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo. Su entorno fumador es del 20%, que convive con fumadores, siendo éstos sus parejas (tabla 4).

En cuanto a la preocupación de la afectación del consumo, el 60% está preocupado por como su consumo de tabaco afecta a su salud. El 80% está en desacuerdo ante la afirmación de que la ayuda de un profesional en el hospital le ayudaría a dejar de fumar. Además el 60% reconoce no tener habilidades para dejar de fumar y el 60% afirma no conocer los recursos de ayuda de su comunidad que existen para el abandono tabáquico. Por último, el 40% de los fumadores está preocupado sobre como su consumo afecta a otros (tabla 5).

**Tabla 5. Acuerdo o desacuerdo con como el tabaco afecta a la salud y otras afirmaciones del consumo**

	% en desacuerdo	% ni acuerdo ni desacuerdo	% de acuerdo
Estoy preocupado por como mi consumo de tabaco afecta a mi salud	0	40	60
Estoy preocupado por como mi consumo de tabaco afecta a otros	20	40	40
La ayuda de un profesional en el hospital me ayudaría a dejar de fumar	80	0	20
Tengo habilidades para dejar de fumar	60	20	20
Conozco los recursos que existen en mi comunidad	20	60	20

### **Exfumadores**

Todos los exfumadores consumían de forma diaria y el tipo de tabaco consumido era cigarrillos manufacturados. La mayoría de los exfumadores dejó de fumar entre los 45 y 65 años (60,9%), el 17,4% abandonaron el tabaco antes de los 45 años, y el 21,4% después de cumplir 65 años (tabla 6).

El 56,5% afirman que en algún momento su médico le aconsejó dejar de fumar cuando lo hacía. Se observa que el 52,2% de los exfumadores no lograron dejar de fumar en su primer intento: un 13% logró dejar de fumar tras uno o dos intentos, un 21,7% tras tres o cinco intentos y un 17,4% tras más de seis intentos.

Entre los motivos más comunes para el cese del consumo, aparecen: voluntad propia, 20 personas (87%); aumento de preocupación por sus efectos adversos, 16 personas (69,6%). Otros motivos menos generalizados son: consejo médico/enfermero (43,5%);

molestias a causa del tabaco (39,1%); presión familiar (34,8%); motivos económicos (4,3%); disminución del rendimiento (4,3%) (tabla 6).

Por otro lado, el 95,7% afirman haber abandonado el consumo exitosamente sin el uso de recursos (tabla 6).

**Tabla 6. Características sociodemográficas y patrón de consumo de los Exfumadores**

	TODOS	
	n	%
<b>Tipo de fumador en el pasado</b>		
Diario	23	100
ocasional	0	0
<b>Edad en que dejó de fumar</b>		
<45	4	17,4
45-65	14	60,9
>65	5	21,7
<b>Le aconsejaron dejar de fumar</b>		
Sí	13	56,5
<b>Número de de intentos</b>		
0	11	47,8
1 a 2	3	13
3 a 5	5	21,7
≥ 6	4	17,4
<b>Motivos para dejar de fumar (respuesta múltiple)</b>		
Me lo aconsejó el médico/enfermera	10	43,5
Tenía molestias a causa del tabaco	9	39,1
Aumento de la preocupación por sus efectos	16	69,6
Disminuía el rendimiento	6	26,1
Presión familiar	8	34,8
Voluntad propia	20	87
Motivos económicos	1	4,3
Otros	1	4,3
<b>Recursos utilizados para dejar de fumar</b>		
Ayuda profesional sanitario	1	4,3
Ninguno	22	95,7
<b>Utilizó tratamiento farmacológico</b>		
Parches de nicotina	1	4,3
Otros fármacos	1	4,3

### **Conocimiento y cumplimiento de la normativa de espacios sin humo en el hospital**

El 5,1% de los entrevistados afirma que ha sido informado durante su ingreso acerca de la normativa de consumo de tabaco. Sin embargo, el 76,9% conocen correctamente cuál es la normativa vigente (tabla 7).

**Tabla 7. Conocimiento y percepción del cumplimiento de la normativa de espacios sin humo en el hospital**

	n	%
<b>Conocimiento de la normativa</b>		
Le han explicado la normativa	2	5,1
Sabe cuál es la normativa vigente	30	76,9
<b>Percepción del Cumplimiento de la normativa</b>		
<i>Por parte del hospital</i>		
Ha visto carteles indicando la normativa del centro	32	82,1
Cree que la normativa se cumple (totalmente y de acuerdo)	30	76,9
Ha visto fumar a trabajadores <b>dentro</b> del hospital	0	0
Ha visto fumar a pacientes <b>dentro</b> del hospital	1	2,6
Ha visto fumar a visitantes <b>dentro</b> del hospital	0	0
Ha visto fumar a trabajadores con bata <b>fuera</b> del hospital	3	7,7
Ha visto fumar a trabajadores sin bata <b>fuera</b> del hospital	1	2,6
Ha visto fumar a pacientes ambulatorios <b>fuera</b> del hospital	7	20
Ha visto fumar a pacientes ingresados <b>fuera</b> del hospital	8	20,5
Ha visto fumar a visitantes fuera del hospital	11	28,2
<b>Signos de consumo de tabaco fuera del hospital</b>		
colillas en el parking	5	12,8
colillas en el exterior	7	17,9
colillas en la puerta de entrada del recinto	3	7,7
<i>Por parte del paciente fumador</i>		
Ha fumado en el hospital	2	40
Interior del edificio: habitación	1	20
Exterior del edificio: jardín	1	20

La percepción de cumplimiento positivo de la normativa es del 76,9%. El 82,1% ha visto carteles indicando la normativa del tabaco en el centro. Sin embargo, el 20% afirma haber visto a pacientes ambulatorios en el exterior del edificio pero dentro del recinto hospitalario, el 28,2% afirma haber visto a pacientes ingresados y el 7,7%

afirma haber visto a fumadores con bata, 2,6% a trabajadores sin bata fuera del edificio y a pacientes dentro del edificio.

Por otro lado, los signos de consumo de tabaco identificados se distribuyen en: el 17,9% de los entrevistados han visto colillas en el exterior del centro que rodea el hospital, 12,8% colillas en el parking y 7,7% colillas en la puerta de entrada (tabla 7).

En el cumplimiento de la normativa por parte de los 5 fumadores muestra que dos de ellos han fumado durante el ingreso. Uno en el exterior del recinto hospitalario y otro en zona no permitida: en el interior, en concreto dijo que en su habitación (tabla 7).

### **Atención al consumo de tabaco de acuerdo a las 5 As**

El nivel de intervención breve a los pacientes entrevistados muestra que un 48,7% de los pacientes han sido preguntados acerca de su consumo de tabaco (1ª A: Ask). El porcentaje de intervención enfermera a los fumadores muestra: ningún paciente afirma haber recibido consejo tabáquico ni haber recibido oferta de ayuda para dejar de fumar (2ª A: Advice); el 20% afirma que se le ha propuesto un plan de ayuda y seguimiento (3ª A:Asses), el 40% afirma haber recibido asistencia (4ª A:Assist) y ninguno cree haber acordado ningún plan de abandono (5ª A: Arrange)(tabla 8).

**Tabla 8. Nivel de atención al consumo de tabaco de acuerdo a las 5 As.**

	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>NS/NC</b>	
	n	%	n	%	n	%
Ask (Preguntar)	19	48,7	19	48,7	1	2,6
Advice (Aconsejar)*	0	0	5	100	0	0
Assess (Valorar)*	1	20	4	80	0	0
Assist (Ayudar)*	2	40	3	60	0	0
Arrange (Acordar)*	0	0	5	100	0	0

\* Solo a fumadores

### **Rol de los profesionales y los hospitales en el control del tabaquismo**

El porcentaje de acuerdo sobre el rol de los profesionales en cuanto al control del tabaquismo se distribuye, de menor a mayor acuerdo, de la siguiente manera:

El 60% de los fumadores y entre el 85%-95% de los no fumadores (exfumadores y nunca fumadores) cree que los profesionales de la Salud deberían dar ejemplo y no fumar.

El 20% de los fumadores y el 85%-95% de los no fumadores creen que todos los PS deberían ofrecer ayuda para dejar de fumar.

El 60% y entre el 95%-98% de los no fumadores creen que los PS deberían tener formación para ayudar a dejar de fumar (tabla 9).

*En relación a la opinión de los pacientes sobre el rol del hospital en el control del tabaquismo, los datos indican que un 40% de los fumadores y entre el 95% y el 98% de los no fumadores creen que el hospital debería ofrecer ayuda psicológica para dejar de fumar. El 40% de los fumadores y alrededor del 78% de los no fumadores creen que el hospital debería ofrecer ayuda farmacológica para dejar de fumar. El 60% de los fumadores y alrededor de 58% de los no fumadores creen que el hospital es un lugar ideal para dejar de fumar.*

Y sin grandes diferencias por fumadores y no fumadores, el 77% de los encuestados están de acuerdo con que el hospital es una organización modélica en cumplir la ley antitabaco (tabla 9).

**Tabla 9. Porcentaje de acuerdo sobre el rol de los profesionales y los hospitales en el control del tabaquismo**

	Todos n=39 (%)Acuerdo	Fumadores n=5 (%)Acuerdo	No- Fumadores* n=34 (%)Acuerdo	EX- Fumadores n=23 (%)Acuerdo
Los PS deberían dar ejemplo y no fumar	34 (87,1)	3 (60)	31 (91,2)	20 (86,9)
Todos los PS deberían ofrecer ayuda para dejar de fumar	32 (82)	1 (20)	31 (91,2)	20 (86,9)
Todos los PS deberían tener formación sobre cómo ayudar a dejar de fumar	36 (92,3)	3 (60)	33 (97,1)	22 (95,6)
El hospital debería ofrecer ayuda para dejar de fumar	35 (89,7)	2 (40)	33 (97,1)	22 (95,6)
El hospital debería ofrecer ayuda farmacológica para dejar de fumar	29 (74,3)	2 (40)	27 (79,4)	18 (78,3)
El hospital es un lugar ideal para dejar de fumar	23 (59)	3 (60)	20 (58,8)	13 (56,5)
El hospital es una organización modélica en cumplir la ley antitabaco	30 (77)	4 (80)	26 (76,5)	17 (73,9)

| PS: profesional sanitario

| \*nunca fumadores y los exfumadores.

## 8. Discusión

Las cifras de prevalencia de consumo de tabaco de pacientes hospitalizados en el ICO son bajas en comparación con la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta en España [6]. Tan sólo el 12,5% afirma ser en la actualidad fumador. Sin embargo encontramos un porcentaje relevante de exfumadores entre los pacientes hospitalizados en el Duran i Reynals. Esto podría estar relacionado con la patología de nuestros los pacientes y su edad. Casi el 60% de los participantes son exfumadores diarios (más del 80% de los exfumadores abandonan el tabaco después de los 45 años). Además el cáncer tiene como importante factor de riesgo el tabaco [25]. Es muy probable que los pacientes con cáncer tengan una prevalencia de consumo anterior más elevada que la población general [26].

La percepción de cumplimiento de la normativa de espacios sin humo tiene es alta tanto por parte de la organización como por parte de los fumadores (60%), la mayoría de los pacientes hospitalizados están de acuerdo con las políticas de espacios sin humo y piensan que el hospital es una organización donde se deben realizar acciones contra el tabaquismo (70%).

No se verifica la hipótesis de partida en la que la prevalencia del tabaquismo es mayor en pacientes hospitalizados que en la población general catalana [23]. Además, se confirma la hipótesis que la mayoría de los fumadores son hombres (80%). Cabe destacar que el consumo autodeclarado no coincide con el resultado de la medición de monóxido de carbono. Lo que podría ser que los pacientes tuvieran cierta tendencia a responder aquello que es correcto y no lo que realmente piensan o hacen.

Estudios recientes muestran como actualmente en nuestro país el consumo de tabaco es más elevado en la población más desfavorecida (menor nivel de estudios y nivel adquisitivo). Nuestros resultados están en esa línea al observar como la mayoría de los fumadores tienen bajos estudios. Esto también puede ser debido a que nuestra población pertenece a una zona de bajos ingresos (Hospitalet y al rededores) y son atendidos en un servicio sanitario público.

De los fumadores destaca el porcentaje positivo sobre la pretensión de abandono del hábito: deseo de reducir el número de cigarrillos diarios antes del ingreso (60%) y planteamiento de dejar de fumar durante el ingreso (40%). Este dato no concuerda con

el 60% de los fumadores que afirman que el hospital es un buen lugar para el abandono tabáquico y que piden formación (además de ejemplo) de los profesionales sanitarios para poder ofrecer ayuda para dejar de fumar. De hecho parece identificarse una postura reacia ante las respuestas que comprometen su hábito: solo el 20% reconoce que la ayuda para dejar de fumar es útil a pesar de que el 80% le gustaría dejar de fumar si fuera fácil. Previos estudios demuestran que la mayoría los fumadores les gustaría dejarlo si pudieran, y la hospitalización es un buen momento para dejar de fumar [3]. Sin embargo, la muestra de nuestro estudio, a pesar de desear abandonar el consumo, parece poco receptiva a intervenciones demostradas como efectivas para cesar el consumo como (ayuda por parte de profesionales).

Otro dato añadido en cuanto a las intervenciones del abandono tabáquico, demostradas como efectivas, es que la mayoría de los exfumadores afirman haber abandonado el consumo exitosamente sin el uso de recursos. Por ello se podría entender que la intervención breve de ayuda es discreta y poco perceptible por parte del paciente fumador (que según cierta tipología de respuesta en la tabla 5 podría decirte que se muestra reacio y poco disponible a la intervención de una segunda persona en su consumo).

En cuanto a la experiencia de los exfumadores, el 56,5% reconoce que recibió consejo para el abandono tabáquico y que para su éxito tuvo que intentarlo más de una vez (en el 52,1%). De estos, solo una persona reconoce haber utilizado algún tipo de ayuda para dejar de fumar. Nuestros resultados están en sintonía con otros estudios que demuestran que la mayoría de los fumadores necesitan más de un intento para cesar el consumo de forma permanente [5].

Por último, el nivel de intervención ofrecida por los profesionales continúa siendo baja. Sólo el 48,7% de los participantes afirma haber sido preguntado por su consumo de tabaco y el resto de las intervenciones continúan siendo bajas: 20% de los fumadores han sido preguntado sobre su deseo de abandono, al 40% ofrecido ayuda profesional y/o farmacológica y a ninguno de ellos se les ha propuesto un plan de ayuda y seguimiento. Este es uno de los primeros estudios que monitorizan esta actividad en nuestro país. Tan sólo un estudio previo realizado en el Hospital Clínico ha reportado la frecuencia del consumo de tabaco en la anamnesis. En dicho estudio tan sólo el 30,8% de los pacientes afirmó haber sido preguntado por su consumo de tabaco durante su estancia en el hospital [22]. Nuestros datos son más altos y

esperanzadores mostrando mayor actividad en la actuación (5As), en un hospital oncológico altamente sensibilizado en el control del tabaquismo.

Por ello se verifica que la nueva normativa no parece haber aumentado las tasas de intervención.

## 9. Conclusión

La prevalencia de consumo de tabaco de los pacientes ingresados en el Hospital Duran i Reynals es menor que la de la población en general. Sin embargo, la suma de prevalencia de consumo en el pasado (exfumadores) junto con la actual prevalencia, da un resultado positivo en cuanto a la relación de la enfermedad de cáncer y el consumo de tabaco.

El porcentaje de conocimiento de la normativa es alto a pesar de la poca información recibida por parte del personal. El grado de intervención enfermera basado en el modelo de las 5As de la OMS continua siendo bajo.

## 10. Reflexión

Durante la realización de este trabajo he podido ir conociendo cuán amplios son los temas que están en boca de todos, en este caso, el tema del tabaco. Hace menos de un año que he dejado de fumar después de ser fumadora de dependencia alta durante doce años. Cómo tal he tenido muchos argumentos a favor de mi “libertad” y elección. A pesar de haber abandonado el consumo, este trabajo me ha hecho entender hasta que punto una decisión puede cada vez adquirir más razón, convencimiento y veracidad. Por lo tanto, este trabajo me ha hecho vivir la experiencia de la utilidad de lo que se denomina “práctica basada en la evidencia científica”. ¿Por qué?

Siempre, en cada paso del proyecto, he ido aprendiendo más acerca de la problemática del consumo de tabaco: en el momento de las entrevistas con los pacientes se hace evidente cuan doloroso y difícil es estar enfermo; al mismo tiempo iba avanzando en el esbozo de la introducción (leyendo sobre la comorbilidad del tabaco, leyendo porcentajes de causas atribuibles al consumo, etc.) y, simultáneamente (ante la imposibilidad de quitar los cigarrillos de las personas que me rodean), recordaba mi testarudez como fumadora.

Ante esta impotencia he reconocido como, por ejemplo, el convenio de la OMS del 2005 y la Ley 28/2005 han sido una ayuda para mi abandono (una opinión pública más en contra del tabaco, espacios sin humo, etc.). Me he reconocido también en lo malo (como profesional sanitario pasando por alto y menospreciando la intervención breve). En mi experiencia puedo decir: Una entidad que se ocupa a nivel mundial de los problemas de salud pública me ha ayudado a dejar de fumar. No solo he podido caer en la cuenta de esto a través de datos que yo analizaba, sino que además me ha acompañado a lo largo de la rigurosidad de la introducción de estos en el programa estadístico. Me ha acompañado a la realización de un trabajo serio (transformado de un trabajo “poco interesante por ser descriptivo” a algo realmente importante). Y mi conclusión es el reconocimiento de cómo un “pequeño” inicio llega a unos grandes resultados (leyes y políticas) en la práctica de vida diaria.

Concluyo entonces, en el presente tengo más razones para no volver a fumar. Esto significa que día tras día podré estar más llena de razones de cómo hacer técnicas de la mejor manera o de cómo abordar de la mejor manera todas las dimensiones enfermeras. Es decir, tengo la experiencia de que la lectura y la investigación en enfermería no es una invención para ser más modernos sino una herramienta de la cual quiero servirme.

## 11. Referencias bibliográficas

[1] IARC Working Group. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. In: IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Vol 13. Lyon; 2009

[2] Organización Mundial de la Salud, ed. MPOWER, un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

[3] USDHHS. US department of health and human services. Public health service. Clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Washinton DC, 2008. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

[4] American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; DSM-II (1968); DSM-III (1978); DSM-III R (1987); DSM-IV (1994), Washington D.C

[5] Jiménez-Ruiz C A, Fagerström K O. Tratado de tabaquismo. Madrid, 2011. Aula Médica, 3ª ed

[6] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

[7] Instituto Nacional de estadística y Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud 2006. Nota de prensa. 2008. Disponible en:

<http://www.ine.es/prensa/np494.pdf>

[8] Banegas JR, Diez-Gannan L, Banuelos-Macro B, et al. Smoking-attributable death in Spain, 2006. Med Clin (barc.). 2011; 136(3):97-102

[9] Fernandez E, Martinez C, Smoking free hospital campus: The next challenge for tobacco control in Spain. Med Clin (Barc). 2010; 134 (14):633-634

- [10] Nikogosian H. WHO framework convention on tobacco control: a key milestone. Bull World Health Organ. 2010; 88(2):83
- [11] Stillman FA, Becker DM, Swank RT, et al. Ending smoking at the Johns Hopkins Medical Institutions. An evaluation of smoking prevalence and indoor air pollution. JAMA. 1990;264 (12): 1565-1569.
- [12] Dochin M, Baras M. A “smoke-free” hospital in Israel--a possible mission. Prev Med 2004; 39 (3):589-595
- [13] Ley 28/2005. De 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 309 de 27 de diciembre. 2005
- [14] Nebot M, Fernandez E, Ariza C, Fu M, Galán I, Martinez Sanchez JM, Moncada A, Montes A, Perez-Rios M, Saltó E, Schiaffino A, Soriano MJ. Evaluación del impacto de la ley de las medidas sanitarias frente al tabaquismo. Barcelona.: grupo de trabajo del tabaquismo-SEE. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- [15] Longo Dr, Jonhson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. Top Control. 2001; 10 (3): 267-272.
- [16] Ley 42/2010. medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 318 del 31/18/2010, pág. 109188 a 103194B.
- [17] Mckee M, Gilmore A, Novotny TE. Smoke-free hospitals and the role of smoking cessation services. British medical journal. 2003;326:941-942
- [18] Neubeck L. Smoke-free hospitals and the role of smoking cessation services. Br J Nurs. 2006;15 (5):248-251

- [19] Martinez C, Garcia M, Mendez E, Peris M, Fernandez E. Barriers and challenges for tobacco control in a smoke free hospital. *Cancer Nurs.* 2008;31 (2):88-94
- [20] Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum [sede Web].Miembros [Disponible en: <http://www.xchsf.com/membres.php?lang=cat> ] Barcelona. [citado: 2 febrero 2014].
- [21] Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat social. Generalitat de Catalunya. 2012. Prevalença del consum de tabac. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc Informe salut/Fitxes indicadors/05 Prevalenca consum tabac/docs/Prevalenca consum tabac evolucio\\_def.xlsx](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc Informe salut/Fitxes indicadors/05 Prevalenca consum tabac/docs/Prevalenca consum tabac evolucio_def.xlsx)
- [22] Nieva G, Gual A, Mondon S, Walther M, Saltó E. Evaluation of intervention for smoking cessation in hospitalized patients. *Med Clin (Barc).* 2007;128(19):730-2.
- [23] Martinez C, Garcia M. Evaluation of the degree of implementation of tobacco control interventions in the catalan network of smoke-free hospitals. *Enf clin.*2007; 14(4):177-185
- [24] Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3(3-4):235-41
- [25] Mendez E, Garcia M, Margalef M, fernandez E, Peris M. Initiatives for smoking control: the catalan network of smoke-free hospitals. *Gac Sanit.*2004; 18 (2):150-152
- [26] Agudo A, Pera G, Rodriguez M, Quiros JR, Navarro C, Martinez C, et al. Changes in smoking habits in adults: results from a prospective study in Spain. *Annals of epidemiology.* 2004; 14(2): 235-43.
- [27] DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhust SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rosi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Consult. Clin. Psychol.* 1991. 59,295–304
- [28] Barthel DW, Mahoney FI. Functional evaluation: Barthel Index. *State Med. J,* 1965, 14:61-65

## 12. Anexos:

Cronograma del desarrollo del trabajo	
<b>Septiembre 2013- Febrero 2014:</b>	<p>Búsqueda bibliográfica.</p> <p>Lectura de artículos.</p> <p>Lectura de la pregunta de investigación.</p> <p>Redacción de los objetivos específicos y de las posibles hipótesis.</p> <p>Esbozo de la introducción y métodos.</p>
<b>Enero 2014- Febrero 2014</b>	<p>Formación sobre el manejo del cuestionario y coxímetro.</p> <p>Ensayo de entrevista y detección de dudas y errores.</p> <p>Entrevista conjunta.</p> <p>Entrevistas a pacientes hospitalizados.</p>
<b>Marzo 2014</b>	<p>Redacción de métodos del trabajo. Descripción de variables.</p> <p>Introducción de los datos en programa SPSS y análisis de los mismos.</p>
<b>Abril 2014</b>	<p>Redacción de los resultados del análisis. Diseño de resultados e inicio de comparación de resultados dentro de la muestra.</p>
<b>Mayo 2014</b>	<p>Redacción de la discusión de los resultados, del resumen y de las conclusiones.</p> <p>Finalización del diseño del trabajo (acabado, anexos,...)</p> <p>Redacción de la reflexión y agradecimientos.</p> <p>Entrega del trabajo escrito</p>
<b>Junio 2014</b>	<p>Preparación de la presentación oral</p> <p>Defensa oral del trabajo ante tribunal</p>

**Título del Estudio:** Estudio sobre consumo de Tabaco en pacientes hospitalizados e Intervenciones para dejar de Fumar en el Hospital (E\_THIF)  
**Investigador Principal:** Dra. Cristina Martínez  
**Centro:** Instituto Catalán de Oncología

## HOJA INFORMATIVA AL PACIENTE

Nos dirigimos a usted para informarle sobre este estudio de investigación al que se le invita a participar dirigido a personas ingresadas en los hospitales de agudos en Cataluña. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL) de acuerdo con lo dispuesto en la legislación vigente (Real Decreto 223/2004).

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si quiere o no quiere participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

---

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello le produzca consecuencia alguna en su estancia en este hospital, tratamiento o atención.

**DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:** El objetivo de este estudio es identificar el porcentaje de pacientes fumadores ingresados en los hospitales de agudos y describir las necesidades de éstos pacientes durante su hospitalización. Además, este estudio pretende conocer los servicios de atención al fumador que los centros ofrecen y el cumplimiento de la legislación vigente que regula el consumo de tabaco en los hospitales de agudos en España.

Por tanto, se trata de un estudio por entrevista que describe el consumo de tabaco y las intervenciones para dejar de fumar. Este estudio no supone ningún riesgo para el participante ya que no incluye tratamientos, intervenciones o pruebas complementarias agresivas. Únicamente se necesitará que el participante responda a las preguntas formuladas por el entrevistador incluidas en un cuestionario diseñado para este estudio. Además, se necesitará que el participante sople a través de una boquilla para determinar el monóxido de carbono espirado. Esta prueba es sencilla, indolora y no invasiva, y con ella se pretende conocer el consumo o exposición al humo ambiental del tabaco.

Se estima que un total de 1888 personas participaran en este estudio de un total de 30 hospitales elegidos al azar en Cataluña. Con esta muestra se podrá extrapolar con precisión cuál es la situación en los hospitales catalanes con respecto al control del tabaco.

Mediante este estudio los usuarios de los hospitales, los gerentes y los responsables de la sanidad pública conocerán las necesidades de atención y control del tabaquismo susceptibles a mejorar en los diversos servicios hospitalarios. Tras conocer las necesidades actuales se podrán desarrollar programas para dejar de fumar en el ámbito hospitalario. Estudios previos en otros países han desarrollado programas para dejar de fumar en este contexto generando una importante mejora en la salud para esta población.

**TRATAMIENTO DE LOS DATOS DEL ESTUDIO:** El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo los investigadores del estudio podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

Tiene a su disposición los teléfonos de información sobre este estudio por si quiere en el futuro contactar con nosotros.

#### DATOS DE CONTACTO DEL EQUIPO INVESTIGADOR A SU DISPOSICIÓN

**Instituto Catalán de Oncología**  
Servicio de Prevención y Control del Cáncer  
Investigador Principal: Cristina Martínez  
Preguntar por: Olga López  
Teléfono de contacto: 93 260 73 57  
Horario: 9 a 17 de lunes a viernes (excepto festivos)

Le agradecemos de antemano su participación en este estudio.

Muy atentamente,

Dra. Cristina Martínez

## HOJA INFORMATIVA AL PACIENTE CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREVISTA Y LA COSIMETRÍA

(Dos documentos: Original y copia)

**Título del proyecto:** Estudio sobre consumo de Tabaco en pacientes hospitalizados e Intervenciones para dejar de Fumar en el Hospital hospitales (E\_THIF)

**Investigador Principal:** Dra. Cristina Martínez

**Centro:** Instituto Catalán de Oncología-IDIBELL

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de edad y con DNI \_\_\_\_\_

### DECLARO

Que he sido informado/da por el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ colaborador/a del Estudio "E\_THIF", que:

El Instituto Catalán de Oncología está llevando a cabo un estudio sobre el consumo de tabaco en los pacientes ingresados en los hospitales catalanes,

- ha solicitado mi participación voluntaria en este estudio, que supone responder un cuestionario confidencial sobre consumo de tabaco y espirar a través de una boquilla en un aparato Smokerlyzer® (o coxímetro) para obtener la concentración de monóxido de carbono (CO),
- he sido informado/da de forma clara y comprensible de la finalidad, limitaciones y beneficios de este estudio, y que me han contestado a todas las preguntas que he hecho y dudas que he mostrado al respecto.
- se me ha asegurado que la información recogida en este estudio es confidencial, la publicación de los resultados no revelará en ningún caso la identidad de las personas participantes cumpliendo con la ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal\* y la ley 41/2002\*\*,
- se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Paciente y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.

Por estas razones, ACCEDO a contestar el cuestionario, AUTORIZO la medición de CO en aire espirado y doy mi CONSENTIMIENTO INFORMADO para que esta información sea utilizada por los investigadores en el estudio que están llevando a cabo con tal de mejorar y ampliar los conocimientos sobre el tabaquismo.

Firma del participante

Firma del entrevistador/a

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

DNI:

DNI:

Ciudad: \_\_\_\_\_, a \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\* "Conforme a lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos, Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, en ningún caso se destinarán a otros fines que no sean recibir información de nuestros servicios, ni serán entregadas a terceras partes, formando parte de un fichero automatizado del que es responsable, teniendo usted derecho a oposición, rectificación y cancelación de sus datos. "

\*\* Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

## Cuestionario

# Estudio\_THIF: Estudio sobre consumo de Tabaco en pacientes Hospitalizados y de Intervenciones para dejar de Fumar



### Estudio\_THIF

Programa de Prevenció i Control del Càncer. ICO

Av. Granvia de L'Hospitalet, 199-203

Código Hospital	
Código Encuesta	
Fecha de realización	
Hora de inicio	
Hora de finalización	
Entrevistador	

**PARA TODOS LOS PARTICIPANTES**

**CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO**

*Datos de la Historia Clínica (HC) del paciente*

**Q1. Motivo de ingreso**

Motivo 1	
Motivo 2	
Motivo 3	
Motivo 4	
Motivo 5	
NS/NC	

**Q2. Unidad de ingreso (marcar con una X lo que corresponda)**

<input type="checkbox"/>	U. Medicina Interna (general)
<input type="checkbox"/>	U. Cirugía
<input type="checkbox"/>	U. Traumatología
<input type="checkbox"/>	U. Ginecología Obstetricia
<input type="checkbox"/>	U. Respiratorio

<input type="checkbox"/>	U. Vascular
<input type="checkbox"/>	U. Cardiología
<input type="checkbox"/>	U. Neurología
<input type="checkbox"/>	U. Urología
<input type="checkbox"/>	Otras. Especificar: 

**Q3. Fecha de ingreso y fecha de hoy (dd/mm/aa)**

Fecha de ingreso (dd/mm/aa)	__/__/__
Fecha de hoy (dd/mm/aa)	__/__/__

## CONSUMO DE TABACO

**Tal y como ya le he comentado, a continuación le haré unas preguntas sobre su estilo de vida y sobre algunos datos sociodemográficos. En algunos casos me tendrá que contestar directamente y en otros le leeré las posibles respuestas. Por favor, conteste cuando le haya leído todas las opciones. Le pido, por favor, que me conteste con toda sinceridad y libertad, ya que no hay respuestas correctas ni incorrectas. ¿Empezamos? Sí / No (Marcar con un círculo)**

**Q4. Durante el tiempo que lleva ingresado/a en este hospital y en el presente ingreso, ¿algún profesional sanitario le ha preguntado si usted fuma?:**

Sí	
No	
NS/NC	

→ Pasar a la pregunta  
6

**Q5. Identifique quién/es le preguntó/aron sobre si fumaba o no (Puede marcar más de una respuesta) Leer las opciones si no menciona nada**

Médico (de cualquier especialidad, ejemplo: ginecólogo, pediatra)	
Enfermera (de cualquier especialidad: ejemplo: comadrona)	
Fisioterapeuta	
Alguien del hospital, que no se identificó	
Otro profesional: Especificar : ✍	
NS/NC	

**Q6. De las siguientes afirmaciones, indique cuál describe mejor su comportamiento respecto al tabaco justo antes de ingresar [enfaticar] en el hospital: (Leer todas)**

Antes del ingreso fumaba cada día (al menos 1 cig/día)	
Antes del ingreso fumaba ocasionalmente	
No fumaba antes del ingreso, porque estoy intentando dejar de fumar (al menos 1 día sin fumar y menos de 6 meses)	
No fumaba antes del ingreso, pero tiempo atrás (más de 6 meses) fumaba cada día (mínimo 1 cig/día)	
No fumaba antes del ingreso, pero tiempo atrás (más de 6 meses) fumaba ocasionalmente	

→ Pasar a la pregunta Q7

→ Pasar a la pregunta  
Q7

→ Pasar a la pregunta  
Q7

→ Pasar a la pregunta  
Q51

→ Pasar a la pregunta  
Q51

No he fumado nunca	
NS/NC	

→ **Pasar a la pregunta Q60**

**PREGUNTAS A FUMADORES (Diarios y Ocasionales), SOBRE SU CONSUMO ANTES DEL INGRESO**

**A continuación le haré algunas preguntas sobre su consumo de tabaco en su día a día habitual**

**Q7. ¿A qué edad comenzó a fumar regularmente?**

Edad	
NS/NC	

**Q8. ¿Qué tipo de tabaco consume habitualmente?, recuerde que me refiero a lo que hace normalmente en su día a día y no sólo a ahora que está en el hospital (Puede marcar más de una respuesta) (Leer todas)**

Cigarrillos	
Cigarrillos electrónicos	
Puros o cigarros	
Puritos (Farias, Reig <sup>®</sup> , Señoritas, Caliqueños,...)	
Pipa	
Tabaco de liar	
Otros: (Tabaco de mascar, porros, rape)	
NS/NC	

**Q9. ¿Cuántos (\_\_\_\_) habitualmente fuma al día (si fuera fumador diario)?  
 ¿Cuántos (\_\_\_\_) fuma semanalmente (si fuera fumador ocasional)?  
 De los siguientes productos (número absoluto)? (Puede marcar más de una respuesta)**

	Cada día	Semanalmente
Cigarrillos		
Cigarrillos electrónicos		
Puros o cigarros		
Puritos (Farias, Reig <sup>®</sup> , Señoritas, Caliqueños,...)		
Pipa		
Tabaco de liar		
Otros: (Tabaco de mascar, porros, rape)		
NS/NC		

**Q10. De los siguientes lugares, ¿Dónde suele fumar habitualmente?** *(Puede marcar más de una respuesta)*

	Sí	No	NS/NC
<b>En casa</b>			
- En el interior			
- En el exterior (terraza, jardín, balcón, ventana)			
<b>En el trabajo</b>			
- En el interior			
- En el exterior			
<b>En el transporte</b>			
- Público			
- Privado (coche, moto, bicicleta)			
<b>En bares y restaurantes</b>			
- En el interior			
- En el exterior (puerta, terraza, patio)			
<b>En recintos deportivos</b>			
- En el interior			
- En el exterior			
<b>En otros lugares al aire libre (por la calle)</b>			
<b>Otros</b> (Especificar) :			

**Q11. ¿Cuánto tiempo pasa hasta fumar el primer cigarrillo después de levantarse?**

≤ 5 minutos	
6 - 15 minutos	
16 - 30 minutos	
31 minutos - 1 hora	
Más de 1 hora	
NS/NC	

**Q12. ¿Le cuesta no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo (cine, autobús,...)?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q13. ¿A qué cigarrillo le cuesta más renunciar?**

Al de primera hora de la mañana	
A otros	
NS/NC	

**Q14. ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q15. Si está enfermo en cama (no ahora que está ingresado en el hospital) ¿fuma?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q16. Antes de ingresar al hospital, ¿estaba considerando, seriamente, reducir el número de cigarrillos que fuma habitualmente?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q17. En el último año, ¿ha estado al menos un día sin fumar? (los días en que ha estado enfermo no cuentan)**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q18. Antes del ingreso, ¿estaba dejando de fumar?**

Sí	
No	
NS/NC	

→ Pasar a la pregunta Q21

**Q18.B ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?**

	Días
	Meses
NS/NC	

**Q19. Dígame si estaba utilizando o había recibido ayuda para dejar de fumar mediante alguno de los siguientes recursos** *(Leer todas las opciones, una por una)*

	Sí	No	NS/NC
Ayuda de un profesional sanitario en consulta (CAP, hospital)			
Ayuda por una web, aplicación móvil o Internet			
Libro o material de autoayuda			
Otros. <i>Especificar:</i> <input type="checkbox"/>			
Ninguno ("sólo fuerza de voluntad")			

**Q20. Dígame si antes del ingreso estaba utilizando alguna de estas medicaciones para dejar de fumar:** *(Leer todas las opciones, una por una)*

	Sí	No	NS/NC
Chicles o caramelos / Comprimidos de nicotina			
Parches de nicotina			
Vareniclina (Champix)			
Bupropion (Zyntabac, Elontril)			
Otros. <i>Especificar:</i> <input type="checkbox"/>			
Ninguno			

*Si ha contestado Q20 → Luego pasar a la pregunta Q24*

**Q21. Antes del ingreso ¿había intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses?** *(Marcar con un círculo el 0 si no lo ha intentado)*

	Nº de intentos
Sí	
No	
NS/NC	

**Q22. ¿Alguna vez ha utilizado/recibido ayuda para dejar de fumar mediante los siguientes recursos?** *Leer todas las opciones, una por una*

	Sí	No	NS/NC
Ayuda de un profesional sanitario en consulta (CAP, hospital)			
Ayuda por una web, app móvil o Internet			
Libro o material de autoayuda			
Otros. Especificar: ✎			
Ninguno			

**Q23. ¿Alguna vez ha utilizado alguna de estas medicaciones para dejar de fumar?** *Leer todas las opciones, una por una*

	Sí	No	NS/NC
Chicles o caramelos / Comprimidos de nicotina			
Parches de nicotina			
Vareniclina (Champix)			
Bupropion (Zyntabac, Elontril)			
Otros. Especificar: ✎			
Ninguno			

**Q24. ¿Cuál ha sido el período más largo de tiempo que ha estado sin fumar en los últimos 5 años? (los días en que ha estado enfermo, así como los días en el hospital NO CUENTAN) (NO leer las opciones de respuesta)**

No lo he dejado nunca	
Menos de un día	
Un día	
Hasta una semana	
Hasta 1 mes	
Hasta 3 meses	
Hasta 6 meses	
Hasta 12 meses	
Más de 12 meses	
NS/NC	

**Q25. Antes del ingreso ¿el médico, la enfermera, u otro profesional sanitario le había aconsejado alguna vez dejar de fumar?**

Sí	
No	
NS/NC	



*Pasar a la pregunta Q27*

**Q26. Identifique quién o quienes le aconsejaron** *(puede marcar más de una respuesta)* *Leer las opciones si no menciona nada*

Médico (todas las especialidades incluido dentista, ginecólogo)	
Enfermera (incluido comadrona)	
Fisioterapeuta	
Farmacéutico	
Alguien del hospital, que no se identificó	
Otro profesional: Especificar : ✍	
NS/NC	

**PARA TODOS LOS FUMADORES (Diarios y Ocasionales): CONSUMO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO**

Ahora le haré unas preguntas adicionales sobre su consumo de tabaco DURANTE SU INGRESO. Algunas son similares a las que le he preguntado antes, pero es importante que las conteste igualmente.

**Q27. De las siguientes afirmaciones, indique cuál describe mejor su comportamiento respecto al tabaco en el hospital:**

Sí, he fumado en el hospital al menos una calada	
No, no he fumado en el hospital ni una calada	
NS/NC	

→ Pasar a la pregunta Q33

**Q28. ¿Dónde ha fumado de los siguientes lugares del hospital?** *(Puede marcar más de una respuesta)*

	Sí	No	NS/NC
<b>En el interior de edificio</b>			
- En la habitación			
- En el WC			
- En las escaleras de emergencia			
- En una sala			
- En una terraza o patio			
- Otros (especificar) ✍			
- Otros (especificar) ✍			

<b>En el exterior del edificio</b>			
- En la puerta de entrada			
- En el jardín			
- En una de las salidas exteriores			
- Fuera del perímetro del hospital			
- Otros (especificar) ✎			
- Otros (especificar) ✎			

**Q29. Ahora que está en el hospital, ¿qué tipo de tabaco ha consumido durante su estancia hospitalaria?** *(Puede marcar más de una respuesta)*

Cigarrillos	
Cigarrillos electrónicos	
Puros o cigarros	
Puritos (Farias, Reig®, Señoritas, Caliqueños,...)	
Pipa	
Tabaco de liar	
Otros: <i>(Tabaco de mascar, porros, rape)</i>	
NS/NC	

**Q30. ¿Cuántos \_\_\_\_\_ de media ha fumado al día (número absoluto)?** *(Puede marcar más de una respuesta)*

Cigarrillos	
Cigarrillos electrónicos	
Puros o cigarros	
Puritos (Farias, Reig®, Señoritas, Caliqueños,...)	
Pipa	
Tabaco de liar	
Otros: <i>(Tabaco de mascar, porros, rape)</i>	
NS/NC	

**Q31. Ahora que está en el hospital, ¿cuánto tiempo pasa hasta fumar el primer cigarrillo después de levantarse?**

≤ 5 minutos	
6 - 15 minutos	
16 - 30 minutos	
31 minutos - 1 hora	
Más de 1 hora	
NS/NC	

**Q32. ¿Cuándo fue la última vez que fumó la última calada? No importa que no se fumara una unidad entera).**

Menos de 6 horas	
Entre 6 a 12 horas	
Entre 12 a 24 horas	
Más de 24 horas	
NS/NC	

**Q33. Está considerando seriamente la posibilidad de...** *(Leer todas las respuestas)*

Dejar de fumar durante la hospitalización	
Dejar de fumar durante el próximo mes	
Dejar de fumar durante los próximos 6 meses	
Dejar de fumar, pero no durante los próximos 6 meses	
No intentaré dejar de fumar	
NS/NC	

**Q34. Durante su estancia en el hospital, ¿algún profesional le ha aconsejado dejar de fumar, o le ha comentado los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando para usted?**

Sí		
No		
NS/NC		

→ *Pasar a la pregunta Q36*

**Q35. Identifique quién o quienes le hicieron estos comentarios** *(Puede marcar más de una respuesta)*  
*Leer las opciones si no menciona nada*

Médico (de cualquier especialidad, ginecólogos, pediatras, etc)	
Enfermera (de cualquier especialidad, ejemplo comadronas)	
Fisioterapeuta	
Alguien del hospital, que no se identificó	
Otro profesional: Especificar : 	

NS/NC	
-------	--

**Q36. Durante su estancia en el hospital, ¿algún profesional le ha preguntado si le gustaría dejar de fumar?**

Sí		
No		
NS/NC		

→ Pasar a la pregunta Q38

**Q37. Identifique quién o quienes le preguntaron** *(Puede marcar más de una respuesta)*  
*Leer las opciones si no menciona nada*

Médico (de cualquier especialidad, ginecólogos, pediatras, etc)	
Enfermera (de cualquier especialidad, ejemplo comadronas)	
Fisioterapeuta	
Alguien del hospital, que no se identificó	
Otro profesional: Especificar :	
NS/NC	

**Q38. Durante su estancia en el hospital, ¿algún profesional le ha ofrecido algún tipo de ayuda específica para dejar de fumar, es decir desde materiales informativos como trípticos, panfletos, consejos verbales, o ayuda farmacológica?**

Sí	
No	
NS/NC	

Pasar a la pregunta Q41

**Q39. Identifique el tipo de ayuda que recibió** *(Puede marcar más de una respuesta)*

Consejo oral, explicación de un personal sanitario (médico/enfermera)	
Información escrita (tríptico, díptico, libro, etc.)	
Invitación a un grupo de ayuda para dejar de fumar	
Información sobre un teléfono de ayuda	
Ofrecer medicación (parches, pastillas, etc.)	
Otras. Especificar :	

NS/NC	
-------	--

**Q40. Identifique quién o quiénes le ofrecieron ayuda** *(Puede marcar más de una respuesta)*  
*Leer las opciones si no menciona nada*

Médico (de cualquier especialidad, ginecólogos, pediatras, etc.)	
Enfermera (de cualquier especialidad, ejemplo comadronas)	
Fisioterapeuta	
Alguien del hospital, que no se identificó	
Otro profesional. Especificar : 	
NS/NC	

**Q41. En estos momentos, ¿está usted recibiendo medicación para dejar de fumar?**

Sí	
No	
NS/NC	

→ *Pasar a la pregunta Q43*

**Q42. ¿Qué tipo de medicación está recibiendo?** **(Contrastar con HC)** *(Puede marcar más de una respuesta)*

Parches de nicotina	
Pastillas de nicotina	
Bupropion	
Vareniclina	
Otros	
NS/NC	

**Q43. Durante su estancia en el hospital, ¿algún profesional le ha propuesto un plan de seguimiento para dejar de fumar (estableciendo estrategias de cómo continuar aquí en el centro sin fumar, o fuera del centro)?**

Sí	
No	
NS/NC	

→ *Pasar a la pregunta Q45*

**Q44. Identifique quién o quiénes hicieron las propuestas de seguimiento** *(Puede marcar más de una respuesta)* *Leer las opciones si no menciona nada*

Médico (de cualquier especialidad, ginecólogos, pediatras, etc)	
Enfermera (de cualquier especialidad, ejemplo comadronas)	
Fisioterapeuta	
Alguien del hospital, que no se identificó	
Otro profesional. <i>Especificar :</i>	
NS/NC	

**Q45. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q46. ¿Cuánto interés tiene en dejar de fumar ahora?** *(Leer todas)*

Nada	
Algo	
Bastante	
Mucho	
NS/NC	

**Q47. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?** *(Leer todas)*

Definitivamente no	
Quizás	
Sí	
Definitivamente, sí	
NS/NC	

**Q48. ¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?** *(Leer todas)*

Definitivamente no	
Quizás	
Sí	
Definitivamente, sí	

NS/NC

**Q49. Indique si durante las últimas 24 horas ha tenido los siguientes síntomas al no poder fumar de forma habitual. Responda a cada síntoma en según la intensidad: nada, escaso, leve, moderado o grave (Utilizar plantilla)**

		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	NS/NC
1	Ira, irritabilidad, frustración						
2	Ansiedad, nerviosismo						
3	Ánimo deprimido, tristeza						
4	Deseo o necesidad de fumar						
5	Dificultad de concentración						
6	Incremento de apetito, hambre, ganancia de peso						
7	Insomnio, problemas de sueño, despertarse a media noche						
8	Intranquilidad						
9	Impaciencia						
10	Estreñimiento						
11	Mareo						
12	Expectoración						
13	Sueño o pesadillas						
14	Náuseas						
15	Irritación de garganta						

**Q50. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones (Utilizar plantilla)**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En acuerdo	Totalmente de acuerdo	NS/NC
Estoy preocupado por la manera como mi consumo de tabaco afecta a mi salud						
Estoy preocupado por la manera como mi consumo de tabaco afecta a la salud de otros (familia, amigos)						
La ayuda de un profesional sanitario durante mi estancia en el hospital me ayudaría a dejar de fumar						
Tengo las habilidades para dejar de fumar						
Conozco qué recursos/ayudas existen en mi comunidad para dejar de fumar						

**SOLO EXFUMADORES**

Ahora le haré unas preguntas sobre su consumo de tabaco cuando usted era un fumador.

**Q51. ¿A qué edad empezó a fumar regularmente?**

Edad	
NS/NC	

**Q52. ¿Con qué frecuencia fumaba?**

Cada día (al menos 1 cig/día)	
Ocasionalmente (menos de 1 cig/día)	
NS/NC	

**Q53. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco usted fumaba de los siguientes productos?**

	Diario	Semanal	NS/NC
Cigarrillos			
Cigarrillos electrónicos			
Puros o cigarros			
Puritos (Farias, Reig <sup>®</sup> , Señoritas, Caliqueños...)			
Pipa			
Tabaco de liar			
Otros (Tabaco de masticar, porros, rapé)			
NS/NC			

**Q54. ¿A qué edad dejó de fumar?**

Edad	
NS/NC	

**Q55. Cuando era fumador/a, ¿el médico u otro profesional sanitario le había aconsejado alguna vez dejar de fumar?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q56. ¿Cuántas veces intentó dejar de fumar seriamente, durante al menos 24 horas?**

Número de intentos	
NS/NC	

**Q57. ¿Cuáles fueron los principales motivos para dejar de fumar?** *(Puede marcar más de una respuesta)*

	Sí	No	NS/NC
Me lo aconsejó el médico, la enfermera u otro profesional sanitario			
Tenía molestias a causa del tabaco			
Aumentó mi grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud)			
Noté que disminuía mi rendimiento psíquico y/o físico, en general			
Lo decidí por presión familiar (hijos, pareja, padres, etc.)			
Lo decidí solo por propia voluntad			
Lo decidí por motivos económicos (gasto diario elevado)			
Otros motivos. <i>(Especificar: ✎)</i>			

**Q58. ¿Cuándo dejó de fumar utilizó alguno de los siguientes recursos para dejar de fumar?** *(Puede marcar más de una respuesta)*

	Sí	No	NS/NC
Ayuda de un profesional sanitario en consulta (CAP, hospital)			
Ayuda por una web, app o Internet			
Libro o material de autoayuda			
No, ninguno			
Otros. <i>Especificar: ✎</i>			

**Q59. ¿Alguna vez utilizó alguna de estas medicaciones para dejar de fumar?** *(Puede marcar más de una respuesta)*

	Sí	No	NS/NC
Chicles o caramelos / Comprimidos de nicotina			
Parches de nicotina			
Vareniclina (Champix)			
Bupropion (Zyntabac, Elontril)			
No, ninguno			
Otros. <i>Especificar: ✎</i>			

**TODOS FUMADORES Y NO FUMADORES**

**Q60. Durante su estancia en el hospital, ¿algún profesional le ha explicado la normativa sobre consumo de tabaco en el centro?**

Sí	
No	
NS/NC	

→ *Pasar a la pregunta Q62*

**Q61. Identifique quién o quienes le informaron sobre la normativa de consumo de tabaco**  
(Puede marcar más de una respuesta) *Leer las opciones si no menciona nada*

Médico (de cualquier especialidad)	
Enfermera (de cualquier especialidad)	
Fisioterapeuta	
Alguien del hospital, que no se identificó	
Otro profesional. Especificar: ✍	
NS/NC	

**Q62. Durante su estancia, ¿ha recibido alguna información escrita (tríptico, manual de acogida al usuario) que incluya la normativa sobre el consumo de tabaco en el centro?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q63. De acuerdo con lo que usted sabe, ¿cuál es la normativa sobre el consumo de tabaco que tiene el hospital en el que está ingresado?**

Se puede fumar en cualquier lugar del hospital	
Sólo se puede fumar en determinadas áreas interiores destinadas para fumar	
Está prohibido fumar en todo el interior del edificio	
Está prohibido fumar en todo el interior y se puede fumar en algunas zonas del exterior	
Está prohibido fumar en todo el área interior y exterior del centro hospitalario incluido jardín y zonas de paseo o tránsito, el parking, etc.	
NS/NC	

**Q64. Durante su estancia ¿ha visto carteles de prohibición de fumar, o que indiquen la normativa sobre el consumo de tabaco en el centro?**

Sí	
No	

→ *Pasar a la pregunta Q65*

NS/NC

**Q65. Identifique las zonas en las que ha visto o no carteles de prohibición de fumar o que especifiquen la normativa sobre consumo de tabaco en este centro** (*Puede marcar más de una respuesta*) (*Leer todas*)

	SI	NO	NS/NC
Habitaciones			
Pasillos			
Sala de espera			
Escaleras de emergencia			
Entrada o hall del centro			
Bar/Cafetería			
Despachos médicos/enfermeras			
Admisiones			
Exterior del centro (jardín, parking)			
Otras. Especificar: ✍			
Otras. Especificar: <i>Leer todas las opciones, una por una</i> ✍			

**Q66. Actualmente, y desde el 2 de enero del 2011, está prohibido fumar en todas las áreas de los hospitales de agudos (como éste). Esto incluye no sólo el interior de los edificios, sino también toda la zona exterior del perímetro del centro que incluye jardines, áreas de recreo o descanso, parking, etc.**

**Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el cumplimiento de esta normativa durante su ACTUAL ESTANCIA HOSPITALARIA** (*Utilizar plantilla*)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En acuerdo	Totalmente de acuerdo	NS/NC
La prohibición de fumar tal y como indica la Ley se cumple en este centro						

**Q67. Indique la frecuencia con que ha visto fumar a las siguientes personas o colectivos (de nunca a muchas veces) en el INTERIOR DEL HOSPITAL (dentro del edificio o edificios)** (*Leer todas las opciones de respuesta*) (*Utilizar plantilla*)

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	NS/NC
Trabajadores del hospital (sin bata)						
Trabajadores del hospital con bata						
Pacientes ambulatorios (no ingresados)						

Pacientes ingresados						
Familiares o visitantes						
Personas sin identificar						

**Q68. Indique la frecuencia con la que ha visto fumar a las siguientes personas o colectivos (de nunca a muchas veces) en las zonas EXTERIORES DEL HOSPITAL que pertenecen al centro (como parking, zona ajardinada, etc) (Leer todas las opciones de respuesta) (Utilizar plantilla)**

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	NS/NC
Trabajadores del hospital sin bata						
Trabajadores del hospital con bata						
Pacientes ambulatorios (no ingresados)						
Pacientes ingresados						
Familiares o visitantes						

**Q69. Indique si ha visto o detectado alguna vez los siguientes signos de consumo de tabaco durante su presente estancia hospitalaria en estos lugares (Puede marcar más de una respuesta) (Utilizar plantilla)**

	Olor a tabaco	Ceniza	Colillas	NS/NC
Habitaciones				
Pasillos				
Sala de espera				
Escaleras de emergencia				
Entrada o hall del centro				
Bar/Cafetería				
Despachos médicos/enfermeras				
Admisiones				
En las puertas de entrada al recinto				
Exterior del centro (jardín)				
En el parking o garaje del hospital				

Otras. Especificar: ✍				
Otras. Especificar: ✍				

**Q70. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: (Utilizar plantilla)**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En acuerdo	Totalmente de acuerdo	NS/NC
Los profesionales de la salud deberían dar ejemplo y no fumar						
Todos los profesionales de la salud deberían ofrecer ayuda para dejar de fumar a todos los pacientes fumadores						
Todos los profesionales deberían tener formación sobre cómo ayudar a dejar de fumar						
El hospital debería ofrecer ayuda psicológica para dejar de fumar						
El hospital debería ofrecer ayuda farmacológica/medicación para dejar de fumar						
El hospital es un lugar ideal para dejar de fumar						
El hospital es una organización modélica en cumplir la ley antitabaco						

**PARA TODOS LOS PARTICIPANTES**

**ESTADO DE SALUD**

**Q71. Normalmente, y no por el episodio que le ha traído al hospital, ¿Cómo diría usted que es su salud en general?** *(Leer todas las opciones de respuesta)*

Excelente	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	
NS/NC	

**Q72. Indique su grado de capacidad para desarrollar las siguientes actividades diarias en casa**

**Q72\_1. EN LA COMIDA:**

Es capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	5
Necesita ser alimentado por otra persona.	0

**Q72\_2. EN LA ACTIVIDAD BAÑARSE:**

Es capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.	5
Necesita alguna ayuda o supervisión.	0

**Q72\_3. EN LA ACTIVIDAD VESTIRSE:**

Es capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	10
Necesita ayuda. Realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5
Necesita ayuda o supervisión.	0

**Q72\_4. EN LA ACTIVIDAD ARREGLARSE:**

Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.	5
Necesita alguna ayuda.	0

#### Q72\_5. EN LA ACTIVIDAD ELIMINACIÓN INTESTINAL:

No presenta episodios de incontinencia.	10
Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	0

#### Q72\_6. EN LA ACTIVIDAD ELIMINACIÓN URINARIA:

Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.).	10
Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.	5
Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.	0

#### Q72\_7. EN USAR EL BAÑO/WC:

Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.	10
Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.	0

#### Q72\_8. EN LA ACTIVIDAD TRANSLADO SILLÓN/CAMA:

No precisa ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15
Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.	10
Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.	5
Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	0

#### Q72\_9. EN LA ACTIVIDAD DEAMBULACIÓN:

Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.	15
Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.	10
En silla de ruedas, no requiere ayuda o supervisión.	5
Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.	0

**Q72\_10. SUBIR / BAJAR ESCALERAS:**

Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.	10
Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.	5
Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.	0

**Q73. Aparte del motivo por el cual está ingresado, dígame si tiene o ha tenido alguna de estas enfermedades: (respuesta múltiple)**

	Sí	No	NS/NC
Hipertensión arterial			
Diabetes			
Neumonía			
Enfermedades del riñón			
Enfermedad crónica del hígado y cirrosis hepática			
Cáncer			
Enfermedades del corazón			
Enfermedades cerebrovasculares (trombosis, ictus, embolia)			
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores			
NS/NC			

**DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

Para acabar, le preguntaré algunos datos personales y profesionales.

**Q74. Sexo**

Hombre	
Mujer	
NS/NC	

**Q75. ¿Me puede proporcionar su fecha de nacimiento? \_\_/\_\_/\_\_ (día, mes, año)**

**Q76. ¿Cuál es su estado civil?**

Soltero/a- Sin pareja	
Con pareja, no viven juntos	
Casado/da o vive en pareja	
Viudo/a	
Separado/a	
Divorciado/a	
NS/NC	

**Q77. ¿Su pareja fuma de forma diaria u ocasional)?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q78. ¿Convive en su domicilio con alguien que fuma de forma diaria u ocasional?**

Sí	
No	
NS/NC	

**Q79. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha alcanzado usted (No leer las alternativas de respuesta)**

No sabe leer ni escribir	
No ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir	
Estudios primarios incompletos (6º de EGB, ingreso o similar)	
Estudios primarios completos (EGB, primaria, graduado escolar, bachillerato elemental, FPI, "las 4 reglas")	
Educación secundaria obligatoria (ESO)	
Estudios secundarios: BUP, COU, PREU, bachillerato plan nuevo	
FPII y ciclos formativos / Fondos de garantía social	
Estudios universitarios (diplomados, licenciados y grados)	

Educación especial	
Otra posibilidad. Especificar: _____	✍
NS/NC	

**Q80. ¿Cuál es su situación laboral actual?** *(Respuesta múltiple)*

Trabaja	
Parado o desempleado	
Incapacitado/a o invalidez permanente	
Jubilado/a	
Ama de casa	
Estudiante	
Otras posibilidades: ✍	
NS/NC	



*Pasar a la pregunta Q80*

**Q81. ¿Usted ha trabajado alguna vez?**

Si	
No	
NS/NC	



*Pasar a la pregunta Q83*

**PARA TODOS LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO ANTERIORMENTE**

**Q82. En su trabajo o en su último trabajo, ¿qué trabajo concreto hace (o hacía)?** *(Recoger el máximo de información)*

\_\_\_\_\_

**Q83. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?** *(Recoger el máximo de información)*

\_\_\_\_\_

**Q84. ¿Cuál es o cuál era su situación laboral en esa ocupación?**

Asalariado	
Trabajador por cuenta propia, sin asalariados	
Trabajador por cuenta propia, con 10 o más asalariados	
Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados	
Gerente de una empresa con 10 o más asalariados	
Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados	
Capataz, supervisor o encargado	
Otros (Becarios,...)	
NS/NC	

**TODOS LOS SUJETOS**

**Q85. ¿Accede a que le midamos el nivel de monóxido de carbono en aire espirado?**

Sí	CO:	Motivo: 
No		

**Muchas gracias por su colaboración !!**