



**Universidad de Oviedo**  
**Centro Internacional de Postgrado**  
**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“Actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y prácticas de riesgo en el Hospital San Agustín”.**

**Trabajo Fin de Máster**

**Autora:**

**Aylén Hernández García**

**Tutora:**

**Isolina Riaño Galán**



Universidad de Oviedo



**Universidad de Oviedo**  
**Centro Internacional de Postgrado**  
**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“Actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y prácticas de riesgo en el Hospital San Agustín”.**

**Aylén Hernández García**

**Junio/2015**

**Trabajo Fin de Máster**

<b>INDICE:</b>	<b>Página</b>
<b>1. Resumen-----</b>	<b>1</b>
<b>2. Introducción-----</b>	<b>5</b>
<b>3. Objetivos-----</b>	<b>9</b>
<b>4. Metodología-----</b>	<b>10</b>
<b>5. Resultados-----</b>	<b>12</b>
<b>6. Discusión-----</b>	<b>22</b>
<b>7. Conclusiones-----</b>	<b>25</b>
<b>8. Bibliografía-----</b>	<b>26</b>
<b>9. Anexos-----</b>	<b>30</b>

**Palabras claves:** Actitud. Personal sanitario. Hábitos Tóxicos. Fumadores. Consumo.

**Palabras Mesh:** Attitude of health personnel. Smoking.

## **RESUMEN**

Introducción: El aumento progresivo del tabaquismo, ha llevado a la Organización Mundial de Salud y a los gobiernos a adoptar medidas para reducir ésta tendencia. En España se ha aprobado la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que modifica la 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. La actitud de los profesionales de la salud juega un papel esencial en la prevención y educación y tiene una alta responsabilidad debiendo mostrar una actitud más pro activa. Se ha demostrado que la condición de No fumador, ha tenido un efecto más positivo en las intervenciones a pacientes que recibían asesoramiento para dejar de fumar.

### **Objetivo Principal:**

Identificar la actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y otras prácticas de riesgo en el Hospital San Agustín.

### **Objetivo Secundario:**

Comparar la tolerancia del personal sanitario ante pacientes consumidores de tabaco, alcohol, drogas ilegales y otras prácticas de riesgo.

### **Material y Método:**

Estudio Descriptivo Transversal. Los datos fueron recogidos mediante una encuesta voluntaria y anónima, distribuida entre médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería del hospital San

Agustín, en los meses de Marzo y Abril de 2015. Se utilizó estadística convencional, descripciones con porcentajes y medias, además de estimación por intervalos de confianza al 95%.

#### Resultados:

Fueron encuestados 122 profesionales; el 88,52% considera que un paciente que continúa fumando debe recibir igual atención a la de uno que no fuma. El 69,67% piensa que la situación del alcohol es similar a la del tabaco y el 95,08% equipara el tabaquismo con la adicción a drogas ilegales. El 34,43% asemeja el hábito tabáquico a la práctica de deportes de riesgo. El 63,93% piensa que el sistema sanitario debe hacerse cargo de los gastos generados por enfermedades relacionadas con el tabaco. El 80,2% (IC 95%: 71,71-88,69) de los profesionales no fumadores, manifiesta que el paciente que fuma tendría las mismas posibilidades de atención que el paciente no fumador y el 16,7% da preferencia al que no fuma. El 95,5% (IC 95%: 77-99,80) de los fumadores actuales, apunta que ambos pacientes deben ser atendidos de la misma forma sin tener en cuenta su relación con el tabaco.

#### Conclusiones:

.El personal sanitario del Hospital San Agustín se muestra tolerante ante pacientes con hábitos tóxicos, considerando diferente la práctica de deportes de riesgo.

.La actitud de tolerancia es similar ante pacientes consumidores de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

## **ABSTRACT**

Introduction: The progressive increase in smoking, has led the World Health Organization and governments to take measures to reduce this trend. Spain has adopted the Law 42/2010, of 30 December, amending Law 28/2005 of 26 December, on health measures against smoking and regulating the sale, supply, consumption and advertising tobacco products. The attitude of health professionals plays a vital role in prevention and education. They have a high responsibility, so they must show a more active attitude. It has been shown that the condition of not smoking, had a more positive effect on interventions to patients receiving advice to quit smoking.

### **Main Objective:**

To identify the attitude of health workers to patients with substance abuse and risky practices in the San Agustín Hospital.

### **Secondary Objective:**

To compare tolerance healthcare workers to patients taking tobacco, alcohol, illegal drugs and risky practices.

### **Material and Methods:**

Transversal Descriptive Study. Data were collected using a voluntary and anonymous survey distributed to doctors, nurses and nursing assistants in Hospital San Agustín, during March and April 2015.

## Results:

It was surveyed 122 professionals; 88.52% believe that a patient who continues to smoke should receive equal attention to the one who does not smoke. The 69.67% think that the situation of alcohol is similar to snuff and the 95.08% equated smoking with addiction to illegal drugs. The 34.43% resembles the smoking habit with the practice of risky sports. The 63.93% think that the health system should bear the costs arising from diseases related to snuff. The 80.2% (95% CI 71.71 to 88.69) non smokers professionals, said that the patient who smokes would have the same possibilities of care that the patient is not a smoker and 16.7% give preference to nonsmoker. The 95.5% (95% CI: 77 to 99.80) of current smokers, notes that both patients should be treated in the same way regardless of their relationship with the snuff.

## Conclusions:

The Medical staff of the Hospital San Agustin shows tolerant of patients with toxic habits, considering extreme sports as a different situation. The Staff attitude is equally tolerant with patients taking tobacco, alcohol or illegal drugs.

## INTRODUCCIÓN

El aumento paulatino del tabaquismo en los países en vías de desarrollo y la incorporación masiva de la mujer joven a este hábito en los países desarrollados, ha llevado a la Organización Mundial de Salud y a los diferentes gobiernos a adoptar medidas para reducir al máximo la tendencia creciente de esta epidemia<sup>1</sup>. En muchos países continúa siendo la principal causa de muerte evitable. Comúnmente, es el motivo oculto que está detrás de las enfermedades que se registran como causa de defunción<sup>2</sup>.

El término “Tabaquismo” es empleado para designar conductas que van desde un consumo mínimamente regular hasta un trastorno adictivo intenso; el principal inconveniente es la imprecisión para describir la relación del paciente con el tabaco. El término puede utilizarse equívocamente, llegando a interpretarse como patología lo que podría ser simplemente una conducta de riesgo<sup>3</sup>.

Para ello se toman medidas destinadas a disminuir la oferta de productos del tabaco y las orientadas a limitar su demanda o consumo. Las primeras son complicadas de llevar a cabo por la resistencia que originan en los gobiernos y en los grandes grupos que se ven afectados, como la industria tabaquera. Las relacionadas con la demanda y el consumo son más fáciles de acometer. Se ha demostrado su eficacia a través de la labor realizada en diferentes partes del mundo; entre ellas, la educación sanitaria para la población general y sobre todo la educación en las escuelas; o bien el estímulo al abandono del hábito tabáquico a los fumadores, proporcionándoles la ayuda necesaria, entre otras medidas<sup>1</sup>. En España se ha aprobado la Ley 42/2010, de 30 de Diciembre<sup>4</sup>, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de Diciembre<sup>5</sup>, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Ya hay estudios que demuestran el impacto positivo de esta regulación. La opinión pública puede ejercer una influencia decisiva en su favor; una estrategia primordial debe estar

orientada a vencer las resistencias a la formulación de políticas favorables a la salud<sup>6</sup>. Después de la entrada en vigor de la ley 28/2005, de 26 de Diciembre<sup>5</sup>, se observó una reducción en el consumo activo de tabaco y la disminución de la prevalencia de exposición general al humo ambiental del tabaco, lo que induce a pensar que ha sido efectiva, sin embargo, a pesar de que la ley prohíbe fumar en los lugares públicos cerrados y los puestos de trabajo, la prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco todavía es muy elevada<sup>7</sup>.

La actitud de los profesionales de la salud juega un papel esencial en el manejo del tabaquismo<sup>8</sup>, tanto en la prevención como la educación, además de la sensibilización de toda la población. La intervención de los profesionales en atención primaria es muy importante para la detección de fumadores y la lucha contra el hábito tabáquico, pero no menos importante es la labor en los hospitales. Los pacientes que fuman y se encuentran hospitalizados, suelen ser más receptivos a los consejos anti tabáquicos, en un espacio donde se cuida su salud y donde, además, fumar está prohibido<sup>10</sup>. Los hospitales son sitios libres de humo casi en su totalidad; la excepción, según se recoge en la ley, son los servicios psiquiátricos, en los que se habilitan zonas para pacientes que lo requieran por criterio médico. Los beneficios de los espacios sin humo son incalculables: Se evita la inhalación involuntaria, se reduce el consumo de tabaco y sirve de ayuda a la preparación para motivar el abandono entre los fumadores<sup>11</sup>. Las personas que intentan dejar de fumar, en un ambiente libre de humo tienen menos estímulos para recaer. Se ha comprobado que cuando una empresa o institución prohíbe fumar, una proporción de fumadores intenta abandonar definitivamente el tabaco<sup>12</sup>.

Ha habido un ligero descenso de la mortalidad atribuible al tabaco en España, derivada de un posible cambio de tendencia<sup>13</sup>, pero debemos continuar esforzándonos, puesto que el descenso observado es muy bajo y la carga de mortalidad sigue siendo elevada.

El consumo de sustancias adictivas está condicionado por diversas políticas públicas. En el caso del tabaco, el desarrollo de acciones estratégicas por parte del movimiento de prevención, ha conseguido modificar el enfoque de los medios de comunicación y generar políticas reguladoras más favorables para prevenir su uso y abuso. Esta experiencia podría llevarse al campo del alcohol y de otras sustancias adictivas. Es necesario hacer énfasis en la prevención, puesto que estas adicciones generan un alto coste sanitario<sup>14</sup>. Se ha visto que previo al consumo de drogas ilegales como el Cannabis y la Cocaína, hubo consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco<sup>15</sup>.

La tolerancia de la población y del personal sanitario (PS) hacia el hábito tabáquico puede verse modificada respecto a la que se muestra ante el consumo de drogas o alcohol, probablemente debido a los valores, o sea, las creencias o ideas que los individuos mantienen acerca de lo que es deseable, apropiado, bueno o malo. Son abstractos independientes de cualquier objeto específico o situación concreta de actitud, que representan las creencias de una persona sobre los modelos ideales de conducta, actualmente existe un amplio consenso en considerar como “deseables” los valores orientados al otro como la tolerancia, la solidaridad, la cooperación, entre otras<sup>16</sup>.

El consumo abusivo de tabaco, alcohol y drogas ilegales son un problema relacionado con múltiples causas; la adolescencia, por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal, mostrar independencia y la necesidad de ser aceptados por el grupo de iguales, hace de ésta etapa evolutiva la de mayor riesgo para el inicio del consumo de estas sustancias<sup>17</sup>.

El PS tiene una alta responsabilidad y debe cambiar su actitud pasiva, sobre todo en España, que según estudios realizados, pueden llegar incluso a ser más fumadores que la población general<sup>9</sup>. Es necesaria la implicación individual de los profesionales en la prevención y el control del tabaquismo. En Junio de 2004, en Ginebra (Suiza), se celebró un encuentro con representantes internacionales de organizaciones de profesionales sanitarios, donde se creó un código de

prácticas, entre las que se encuentra: “Alentar y apoyar a sus miembros a servir de modelos de conducta, no consumiendo tabaco y promoviendo una cultura sin tabaco”<sup>18</sup>.

En el marco ético de la Sociedad Española de Cardiología, se recogen diferentes deberes morales del PS, entre los que se encuentra, ofrecer consejos acerca de la calidad de vida e instruir sobre medidas de prevención y hábitos saludables<sup>19</sup>.

Según estudios, el asesoramiento breve proporcionado por el PS es efectivo para promover el abandono del hábito de fumar<sup>20</sup>. La deshabituación tabáquica en el nivel asistencial resulta ser coste–efectiva, no se encuentran diferencias significativas entre la intervención especializada y la intervención mínima, aunque hay estudios que no dicen lo mismo. De cualquier forma, el PS debe poner todo su empeño en ésta importante tarea, con la intervención especializada o mínima, y con los beneficios de la consulta diaria, se puede conseguir éste objetivo<sup>21</sup>. Las enfermeras, con el mayor número de profesionales de la salud en todo el mundo, están involucradas en la mayoría de las acciones y por lo tanto tienen un rol decisivo en la reducción del consumo de tabaco<sup>22</sup>.

En el año 2009, se hizo una investigación en la que quedó demostrado que el PS con la condición de No fumador, tuvo un efecto más positivo en las intervenciones a pacientes fumadores que recibían asesoramiento para dejar de fumar<sup>23</sup>.

En 1996, se encuestó al PS de un hospital en Cataluña para conocer la actitud de los mismos frente a pacientes con hábitos tóxicos; 10 años más tarde y después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, de 26 de Diciembre<sup>5</sup>, se vuelve a realizar el estudio<sup>24</sup>. Teniendo en cuenta el interés del mismo, decidimos hacer un trabajo de investigación en el Hospital San Agustín, pasando la encuesta a médicos, enfermeros y auxiliares del enfermería, con el objetivo de identificar la actitud de los profesionales ante pacientes con hábitos tóxicos y prácticas de riesgo y a su vez comparar la tolerancia del personal frente a pacientes consumidores de tabaco, alcohol, drogas ilegales y prácticas de riesgo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Principal:**

.Identificar la actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y otras prácticas de riesgo en el Hospital San Agustín.

### **Objetivos Secundarios:**

.Comparar la tolerancia del personal sanitario ante pacientes consumidores de tabaco, alcohol, drogas ilegales y otras prácticas de riesgo.

.Valorar si la condición de fumador o no fumador de los profesionales, influye en su actitud ante paciente con el hábito tabáquico.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Los datos fueron recogidos mediante una encuesta validada (Anexo 1). Se rellenaron de manera voluntaria y anónima. Consta de 8 preguntas cerradas, con varias respuestas posibles y la opción de elegir solo una de ellas. Se distribuyeron en los meses de Marzo y Abril de 2015, previo solicitud de autorización al centro (Anexo 2) y concesión de la misma (Anexo 3); entre Médicos, Enfermeros y Auxiliares de Enfermería, de diferentes servicios del Hospital San Agustín, en el Principado de Asturias (España).

Para conseguir una muestra representativa, se pasaron las encuestas por los servicios de Cardiología, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Hematología, Unidad de Cuidados Intensivos, Ginecología, Traumatología, Urología, Cirugía General y Neurología. Se pidió a los compañeros ayuda para su distribución al resto del personal y una adecuada cumplimentación. Se facilitó forma de contacto para cualquier duda que se pudiera presentar. Se dejó claro el carácter voluntario, anónimo y confidencial del cuestionario. Una vez por semana se pasaba por las diferentes unidades para observar la evolución de esta fase y aclarar los puntos que fueran necesarios.

No se llevaron a la planta de Pediatría por considerar que el tema no era relativo al servicio y así evitar posibles contradicciones en las encuestas, que modificaran las estadísticas; tampoco a los quirófanos, porque son áreas de paso donde no es posible hacer labores de prevención ni seguimiento de los pacientes. Se excluyó además la planta de psiquiatría, por tener condiciones especiales, donde se permite fumar a los pacientes que lo requieran según juicio clínico, tal como estipula la ley 42/2010 de 30 de Diciembre<sup>4</sup>.

Los criterios de inclusión fueron: médicos, enfermeros/as y auxiliares de enfermería del hospital San Agustín, que desearan colaborar con el estudio y completaran la encuesta en su totalidad.

Como criterio de exclusión se consideró, el incumplimiento de los anteriores.

Las variables independientes a analizar son:

.Profesión: Cualitativa, Politómica (Doctores /Enfermeros/ Auxiliares de Enfermería)

.Sexo: Cualitativa, Dicotómica (Hombre/Mujer)

.Edad y Años de profesión: Politómicas, cuantitativas y continuas. Expresadas en años completos en el momento del estudio.

.Relación actual con el tabaco: Cualitativa, Politómica (Fumador de 1 paquete o más al día/ Fumador moderado, menos de 1 paquete al día/ Exfumador/ No ha fumado nunca) Consideramos ex fumadores a todo aquel que llevara más de 6 meses sin fumar.

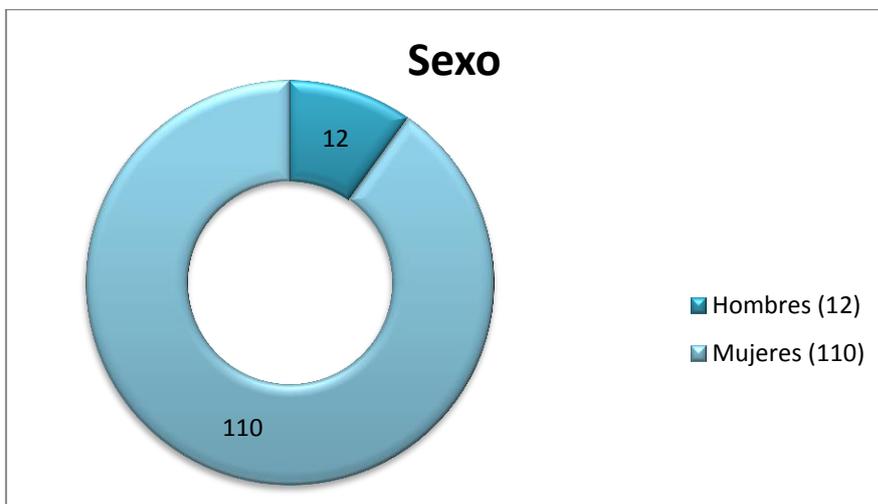
La encuesta, en sus 3 primeras preguntas plantea la situación de un paciente fumador con enfermedades relacionadas al tabaco y da varias opciones sobre la atención que debería recibir el mismo, las preguntas 4, 5 y 6 compara la situación de los fumadores, a la de pacientes alcohólicos, los que practican determinados deportes de riesgo y adictos a drogas ilegales, las otras 2 son relacionadas con el encuestado, sobre su relación con el tabaco, profesión, además de preguntar sexo, edad y años de profesión.

Se utilizó estadística convencional, descripciones con porcentajes y medias, además de estimación por intervalos de confianza al 95%. Se elaboró la base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010 y SPSS versión 11. Nos apoyamos en tablas de contingencia para analizar y comparar la relación entre dos o más variables de naturaleza cualitativa.

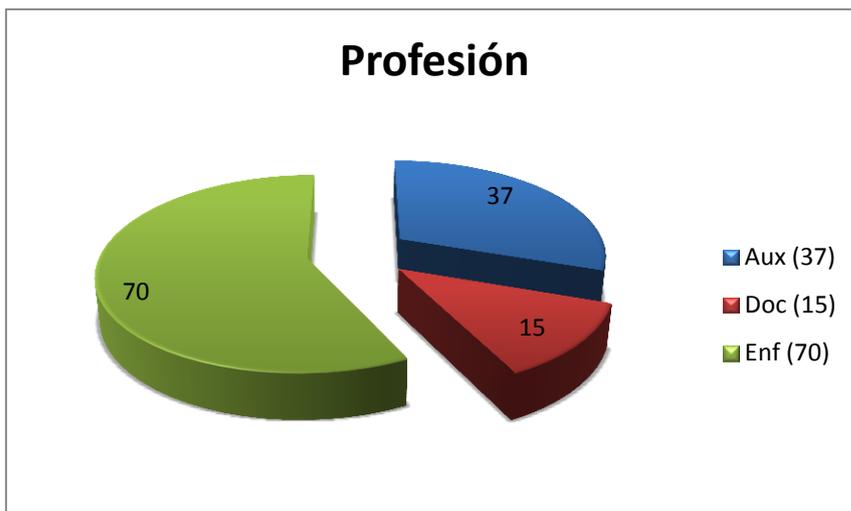
## RESULTADOS:

Se recibieron 134 encuestas, se desecharon 12 porque faltaban datos como edad o años de profesión, siendo esto uno de los criterios de exclusión.

El 9.84% eran hombres y el 90.16% mujeres, como se muestra en la figura 1. La media de edad fue de 43.10 años. El 12.30% eran médicos, 30.33% auxiliares de enfermería y el 57.38% enfermeros, representado en la figura 2. La media de años de profesión fue de 18.11 años.



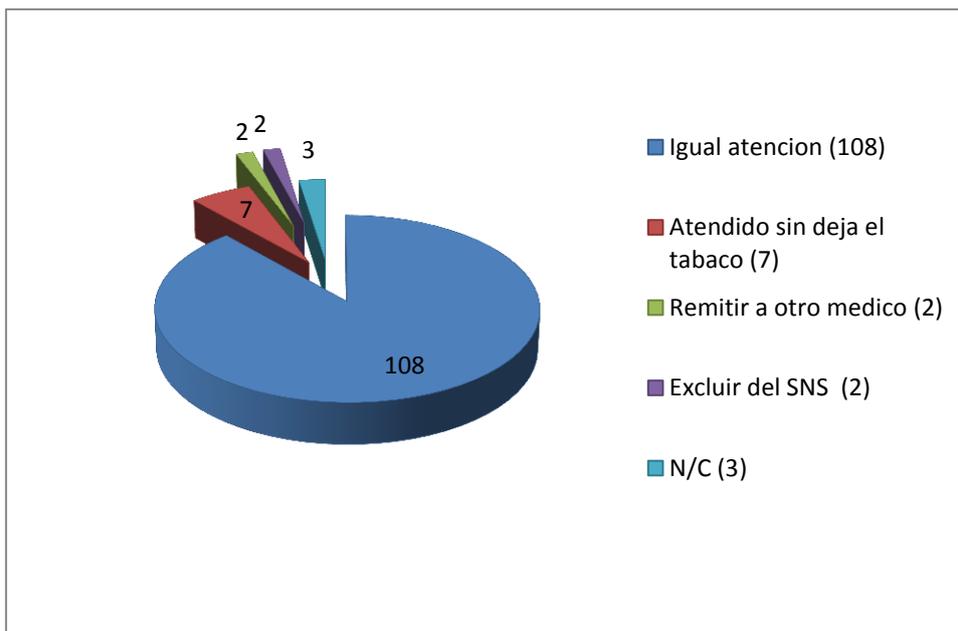
**Figura 1 Total de participantes por sexo.**



**Figura 2. Total de encuestados agrupados según profesión.**

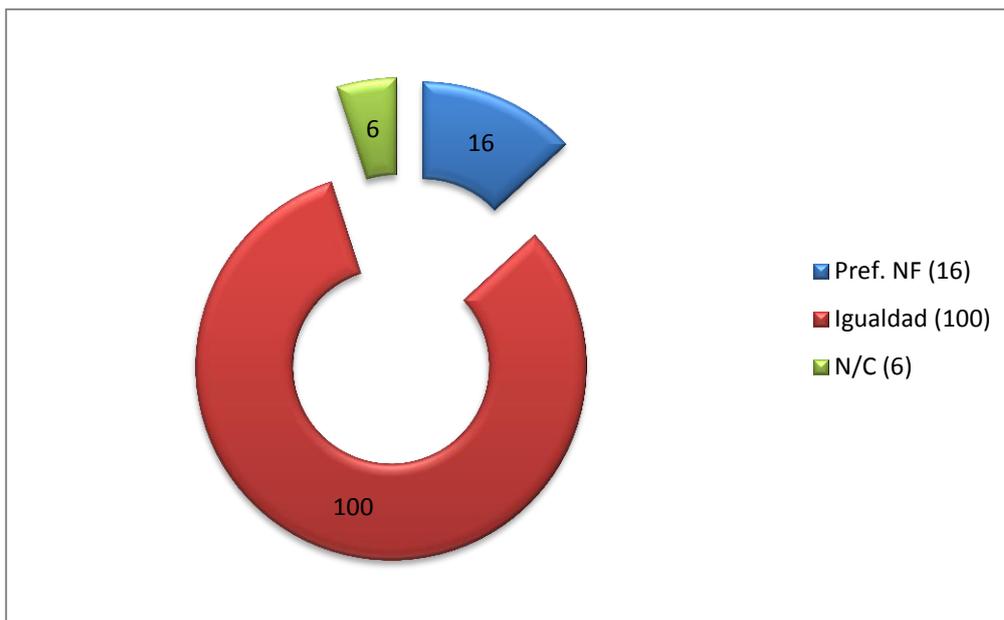
El 4.10% eran profesionales fumadores de más de 1 paquete al día y el 13.93% fumadores de menos de 1 paquete, lo que hace un computo de 18.03% fumadores en sentido general. El 27.87% eran ex fumadores y entendemos por ello, las personas que llevan más de 6 meses sin fumar, el 50.82% no había fumado nunca.

La primera pregunta de la encuesta, como se observa en la figura 3, hace referencia a un paciente que acude al mismo médico que le ha recomendado dejar de fumar y continúa fumando. El 88.52% de los encuestados considera que el paciente debe ser atendido igualmente, 5.74% cree que debe ser atendido nada más si se compromete de dejar el hábito, 1.64% piensa que no le trataría, pero le remitiría a otro colega para que lo tratase, igual cifra opina que se debe excluir de la asistencia pública y 2.46% no contestó dicha pregunta.



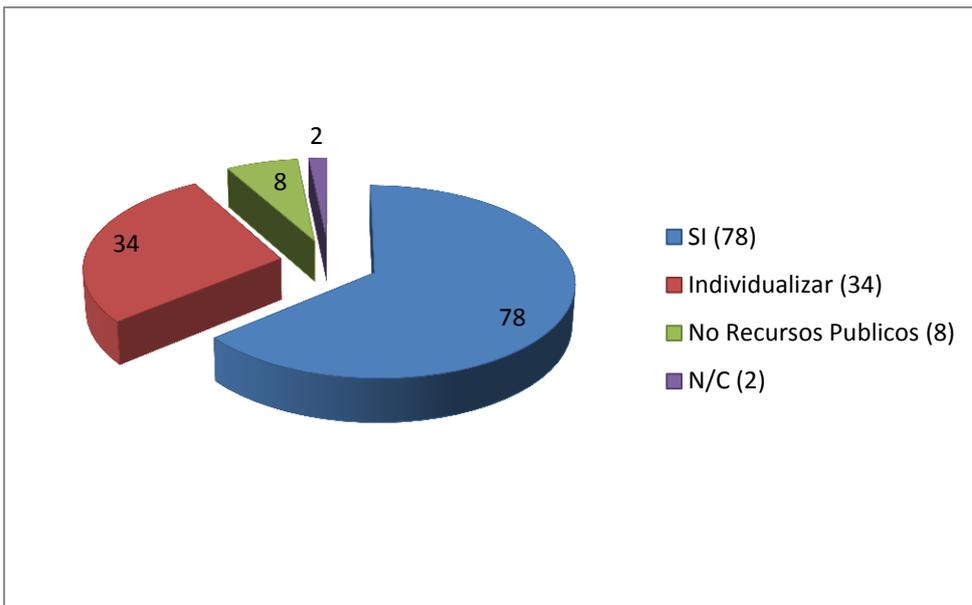
**Figura 3. Pregunta 1: Si un paciente acude al mismo médico que le ha aconsejado que deje de fumar y sigue fumando.**

La segunda hace alusión al mismo paciente de la pregunta anterior, que tiene que competir por una cama de la unidad de cuidados intensivos (UCI), con otro paciente de similares características, que no fuma. El 13.11% indica que ese hecho sería discriminante y se debía dar preferencia al que no fuma, el 81.97% dice que ese hecho no se debía tener en cuenta y el que no fuma debía tener tantas posibilidades de ser atendido como el que no fuma. Estos datos se reflejan en la figura 4.



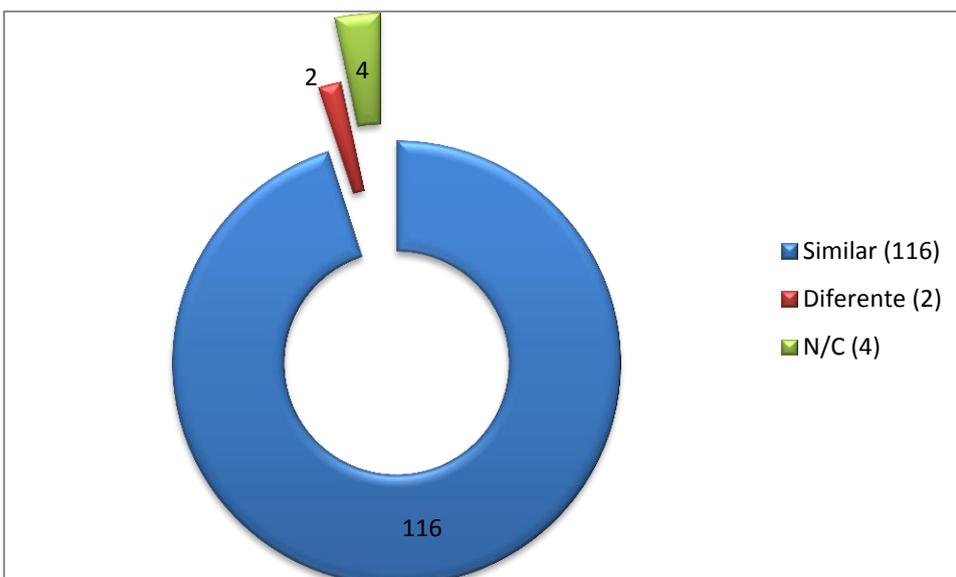
**Figura 4. Pregunta 2: Si el mismo enfermo de la pregunta anterior tuviese que competir por una cama de la unidad de cuidados intensivos, con otro paciente de similares características que no fume.**

La número 3 preguntaba si el sistema sanitario actual en nuestro medio se debía hacer cargo de los gastos que generan las enfermedades respiratorias en pacientes que no dejan de fumar. El 63.93% estima que sí, en todos los casos, el 27.87% entiende que se debía individualizar, unas veces sí y otras no y 6.56% afirma que no con recursos públicos. Se puede ver en la figura 5.



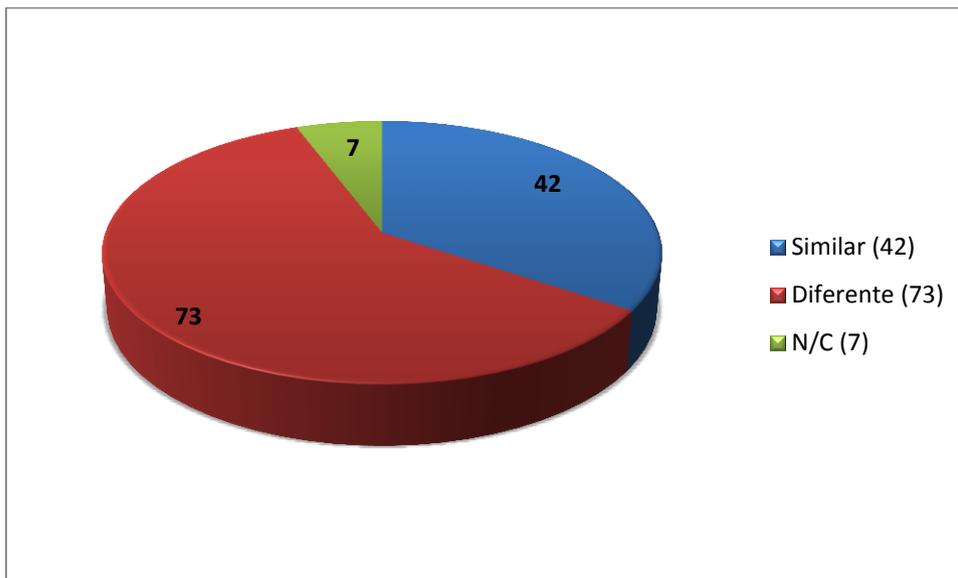
**Figura 5. Pregunta 3: ¿El sistema sanitario actual en nuestro medio se debe hacer cargo de los gastos que generan las enfermedades respiratorias en pacientes que no dejan de fumar?**

La pregunta 4 compara la situación de los fumadores con enfermedades respiratorias y los que beben alcohol con enfermedades hepáticas, el 95.08% señala que es una situación similar y el 1.64% que la situación es diferente. Todo ello se muestra en la figura 6.



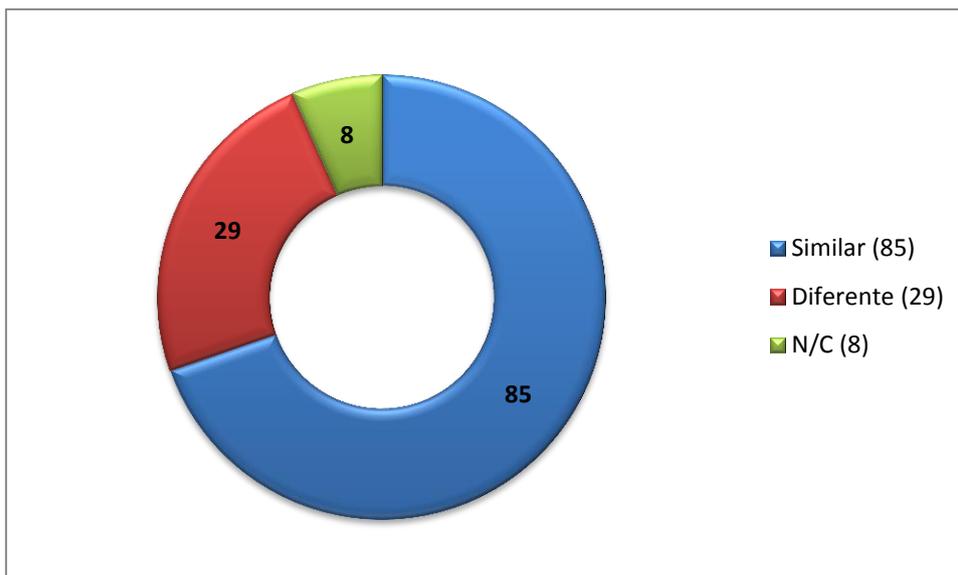
**Figura 6. Pregunta 4: ¿La situación planteada con los fumadores y las enfermedades respiratorias, son equiparables a los que beben alcohol con enfermedades hepáticas?**

La figura 7 detallalas respuestas a la pregunta 5, en la que se cuestionaba si la práctica de determinados deportes de riesgo, en caso de accidente, era un problema similar al del tabaco, el 34.43% manifiesta que es una situación similar y el 59.84% que es diferente.



**Figura 7. Pregunta 5: ¿La práctica de determinados deportes de riesgo, en caso de accidente, se trata de un problema similar al del tabaco?**

La sexta pregunta comparaba la adicción a drogas como la Heroína o Cocaína con la situación del tabaco, el 69.67% lo aprecia de manera similar y el 23.77% diferente, como aparece en la figura 8.



**Figura 8. Pregunta 6: La adicción a drogas como la Heroína o Cocaína:**

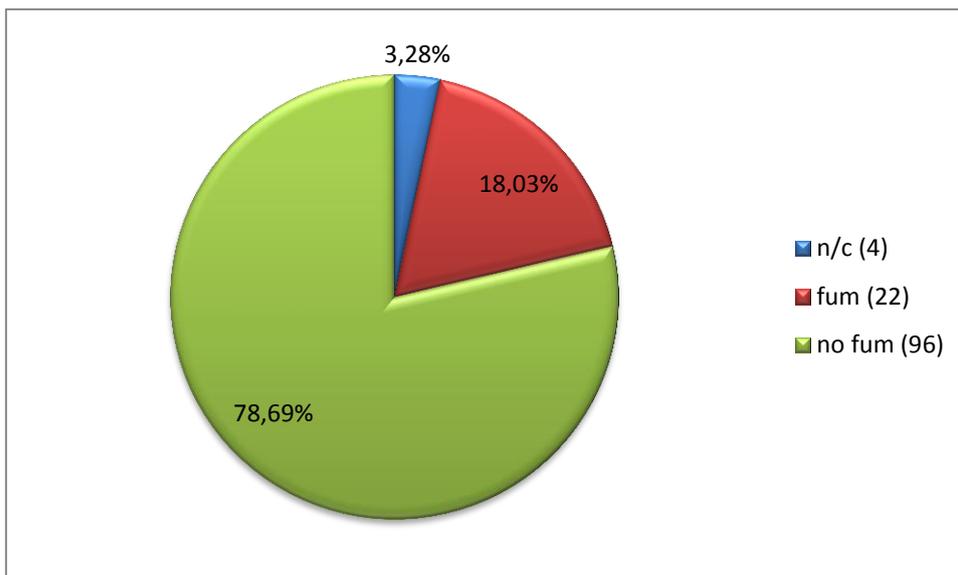
Después de este análisis descriptivo de los datos, se realizaron análisis comparativos por grupos. Primero quisimos saber si había diferencia en las respuestas según el sexo del personal sanitario. Tomamos como referencia la pregunta número 2; recordamos que es un paciente que compite con otro no fumador por una cama de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Hemos elegido ésta pregunta, porque en ella se puede apreciar fácilmente, si la actitud del encuestado es tolerante o no.

El 83,3% (IC 95%: 52-98) de los hombres decía que el paciente fumador y el no fumador debían tener las mismas posibilidades de ser atendidos, a su vez el 81,8% (IC 95%: 74-89) de las mujeres daba la misma respuesta. No se encontraron diferencias significativas, con un nivel de confianza del 95%. Se puede observar en la figura 9.

	Hombre	Mujer	Total
Preferencia al que no fuma	2 (16,7%)	14 (12,7%)	16 (13,1%)
Igual posibilidad	10 (83,3%)	90 (81,8%)	100 (82,0%)
NS/NC	-	6 (5,5%)	6 (4,9%)
<b>Total</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>110 (100%)</b>	<b>122 (100%)</b>

**Figura 9: Pregunta 2 (Paciente fumador que compite con otro no fumador por una cama en la UCI). Respuestas según sexo.**

Para el segundo análisis, agrupamos a todos los fumadores, tanto los consumidores de un paquete de cigarrillos diario, como los de menos cantidad y otro grupo de no fumadores que incluía a los que no habían fumado nunca y a los ex fumadores, de este modo obtuvimos una cantidad de 22 fumadores y 96 no fumadores, lo que se simboliza en la figura 10. De ésta manera, se podía conocer como se comportaban ambos grupos ante una misma pregunta y volvimos a usar como patrón la número 2. En el grupo de no fumadores, el (80,2%) (IC 95%: 71,71-88,69) manifiesta que el paciente que fuma tendría las mismas posibilidades de atención que el paciente no fumador y el 16,7% da preferencia al que no fuma. El 95,5% (IC 95%: 77-99,80) de los fumadores, apunta que ambos pacientes deben ser atendidos de la misma forma sin tener en cuenta su relación con el tabaco. No hay diferencias significativas, con un nivel de confianza al 95%. Todo lo anterior lo mostramos en la figura 11.



**Figura 10: Relación con el tabaco.**

	Fumadores	No fumadores	NS/NC	Total
Preferencia al que no fuma	-	16 (16,7%)	-	16 (13,1%)
Igual posibilidad	21 (95,5%)	77 (80,2%)	2 (50,0%)	100 (82,0%)
NS/NC	1 (4,5%)	3 (3,1%)	2 (50,0%)	6 (4,9%)
Total	22 (100%)	96 (100%)	4 (100%)	122 (100%)

**Figura 11: Pregunta 2 (Paciente fumador que compite con otro no fumador por una cama en la UCI). Respuestas según relación con el tabaco del PS.**

Después de obtener los datos anteriores, quisimos repetir el análisis una vez más, en esta ocasión unimos en un grupo a los fumadores en general y a los ex fumadores y en el otro grupo a los que no habían fumado nunca. El 82,1% (IC: 95% 71-93) de los fumadores y ex fumadores daba la

misma posibilidad de hacer uso de la cama de la unidad de cuidados intensivos, a ambos pacientes, el 83,9% (IC: 95% 74-93) de los que no habían fumado nunca, tienen la misma opinión. No se encontraron diferencias significativas, con un nivel de confianza al 95%.

## **DISCUSIÓN:**

En el presente trabajo se observó, que al igual que en estudios previos<sup>24</sup>, el porcentaje de mujeres es marcadamente superior al de los hombres. La feminización dentro del campo de la sanidad es un fenómeno que va en ascenso y se prevé que sea mayor en los próximos años<sup>25</sup>.

La mayoría de los profesionales daría la misma atención a un paciente fumador, que a uno no fumador, hecho coincidente con el estudio realizado en Cataluña<sup>24</sup>.

Algunos autores plantean que asumir un determinado esquema de valores, no implica comportarse de acuerdo a él. Muchas veces existe la contradicción entre lo que se considera deseable y la actuación individual, lo que forma parte de una dinámica social<sup>16</sup>.

No hemos encontrado diferencias significativas en el análisis, según el sexo de los trabajadores, respecto a la atención sanitaria. Tanto mujeres como hombres, reconocen no tener en cuenta la relación del paciente con el tabaco.

La condición de fumador o no fumador del personal, no arrojó diferencias significativas en cuanto a la asistencia. La mayoría de los dos colectivos proporcionaría a los pacientes la misma posibilidad de ser tratados, independientemente de que sean fumadores o no. No obstante cabe destacar que el 16,7% de no fumadores, daría preferencia al paciente que no fuma. Creemos que podría ser muy interesante, que ésta ligera tendencia, fuera objeto de análisis en otro estudio con una mayor población.

Más de la mitad del personal declara que el sistema sanitario debe correr con los gastos que generan las enfermedades respiratorias en pacientes fumadores. A su vez, la mayoría sostiene que la situación de los pacientes alcohólicos con enfermedades hepáticas, es equivalente a lo anterior, lo que también nos acerca a trabajos realizados previamente sobre el mismo tema<sup>24</sup>.

Cerca del 60% indica que los accidentes durante la práctica de deportes de riesgo, es una situación diferente a la del tabaco.

La mayoría del PS califica la adicción a drogas ilegales como una situación similar a la de los fumadores, al contrario de los datos que registran otros autores<sup>24</sup>.

La mitad de los encuestados no había fumado nunca. El porcentaje de fumadores queda 7 puntos por debajo del registrado en nuestra comunidad, que es del 25.4%, según la encuesta de Salud para Asturias realizada en 2013<sup>26</sup>, en la que se ve disminuido el número de personas que fuman a diario, respecto a encuestas de años anteriores y donde se observa un descenso hasta el 29.1% de la prevalencia, que incluye consumo diario y no diario de tabaco. Este dato demuestra una vez más los beneficios de la Ley 42/2010<sup>4</sup>, que modificaba la Ley 28/2005<sup>5</sup>, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y que regulaba la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. En el trabajo realizado en Cataluña, en 2006<sup>24</sup>, la proporción de fumadores entre los profesionales de la salud era muy similar a la de la población catalana, en aquel momento, con un 25.4%, lo que sitúa a nuestro hospital en una mejor posición.

Como fortaleza del estudio tenemos, que en el Hospital San Agustín no se había realizado nunca una investigación similar y al ser una encuesta de sólo 8 preguntas, se podía rellenar sin la fatiga que provocan los largos cuestionarios, lo que nos garantiza, de alguna manera, una mayor fiabilidad de los datos conseguidos.

Tuvimos que desechar algunas encuestas, porque faltaba la edad y/o los años de profesión, en muchos casos ponían una raya, cosa que nos da la certeza de que el ítem fue visto por el encuestado.

Como en el resto de estudios de éste tipo, se debe tener en cuenta, al analizar los resultados, el posible sesgo de complacencia y/o deseabilidad social, aunque el hecho de haber sido un cuestionario anónimo, disminuye ésta probabilidad.

Tomando la población total a estudio y descontando el número de profesionales de las unidades donde no se realizó la encuesta, necesitábamos un tamaño muestral de 167; con un nivel de confianza de 95% y una precisión de 3%. La tasa de respuesta fue del 80.23%, por lo que hubiesen hecho falta 26.49 encuestas más. Esta cantidad pertenece a los trabajadores que no desearon colaborar con el trabajo. Consideramos que se obtuvo un número adecuado de encuestas y que la muestra es representativa.

## **CONCLUSIONES:**

. El personal sanitario que trabaja en el Hospital San Agustín, muestra una actitud tolerante ante pacientes fumadores y con otros hábitos tóxicos, considerando diferente la práctica de deportes de riesgo.

. La tolerancia de los profesionales es similar ante pacientes consumidores de tabaco, alcohol y drogas de curso ilegal, siendo diferente, frente a pacientes que practican deportes de riesgo.

.La condición de fumador o no fumador del personal sanitario, no influye en su actitud ante pacientes con el hábito tabáquico.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Pardell H, Salto E, Jane M, Salleras LL. Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116(2): 60-62.
2. Sandoya E, Bianco E. Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. *RevUrugCardiol*. 2011; 26(3): 201-206.
3. Antona MJ, Ayesta FJ, Casasola MS, Chelet M, Galán I, Salvador Manzano M, et al. Intervención interdisciplinar en tabaquismo[sede web]. Madrid:SEDET: Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo; 2010 [acceso 20 de Abril de 2015]. Disponible en:<http://www.sedet.es>
4. Ley42/2010 de 30 de diciembre, Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, nº 318, (31-12-2010).
5. 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. Boletín Oficial del Estado, nº 309, (27-12-2005).
6. Saltó E, Villalbí JR, Valverde A, Baranda L, Plasencia A. Políticas reguladoras y opinión pública: el caso del tabaco. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2006; 80(3): 243-248.
7. Lushchenkova O, Fernández E, López MJ, Fu M, Martínez-Sánchez JM, Nebot M, et al. Exposición al humo ambiental de tabaco en población adulta no fumadora en España tras la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(7): 687-694.
8. Julião AM, Camargo AL, Cítero V de A, Maranhão MF, MalufNeto A, Paes AT, et al. Physicians attitude towards tobacco dependence in a private hospital in the city of São Paulo, Brazil. *Einstein (São Paulo)*. 2013; 11(2): 158-162.

9. Tenas López MJ, Ballesteros Pérez AM, Barceló Barceló I, Bueno Ortiz JM, García Galvis J, Guillén Pérez M, et al. Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2008; 34(3): 113-118.
10. Nieva G, Antoni Gual, Mondon S, Walther M, Saltó E. Evaluación de la intervención mínima en tabaquismo en el ámbito hospitalario. Med Clin (Barc). 2007; 128(19): 730-732.
11. Fernández E, Martínez C. Recintos hospitalarios sin humo: un desafío para el control del tabaquismo. Med Clin (Barc). 2010; 134(14): 633-634.
12. Villalbí JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gac Sanit. 2006; 20(1):1-3.
13. Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barc). 2005; 124(20): 769-771.
14. Villalbí JR, Rodríguez-Martos A, Jansà JM, Guix J. Políticas para reducir el daño causado por el consumo de alcohol: una aproximación desde la salud pública. Med Clin (Barc). 2006; 127(19): 741-743.
15. Becoña Iglesias E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Pap. psicol. 2007; 28(1): 11-20.
16. Pedrero Pérez EJ, Rojo Mota G, Puerta García C. Valores sociales y adicción a la cocaína: diferencias entre adictos en tratamiento y población no clínica. Rev Esp Drogodepen. 2009; 34(2): 167-185.
17. Alfonso JP, Huedo-Medina TB, Espada JP. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Anales de psicología. 2009; 25(2): 330-338.

18. Camarelles-Guillem F. Los médicos de familia y la semFYC frente al tabaquismo. Aten primaria. 2006; 37(8): 427-428.
19. Reyes López M, Martín Luengo C, Brugada Terradellas J, Sanz Romero G, Lidón Corbí RM, Martín Burrieza F. Marco ético de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2006; 59(12): 1314-1327.
20. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Hun Vázquez MM, Gil Exstremera B, Ginés Ramirez E. Intervención especializada versus intervención mínima en deshabituación tabáquica en Atención Primaria. Actual. Med. 2014; 99(792): 75-77.
22. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD 001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub4
23. Ulbricht S, Baumeister SE, Meyer C, Schmidt CO, Schumann A, Rumpf HJ et al. Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? Patient Educ Couns. 2009; 74(1): 23-28.
24. Marín Fernández I, Font Canals R, Sáez Ferrer J, Diestre Ortín G, Armengol Sáez S, Quintana Riera S. Assistència sanitària, tabaquisme i hàbit tòxics: evolució de l'opinió del personal sanitari. Boletín de bioética [Internet] 2010 [consultado 20 de Febrero de 2015]; 41(4). Disponible en: <http://146.219.25.61/butlletins/public/view-not.php?ID=41&idnot=282&SKIN=2>

25. Arrozabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la nueva medicina. Med Clin (Barc). 2009; 133(5): 184-186.

26. III Encuesta de Salud para Asturias [base de datos en Internet]. Asturias: DGSP; 2012-2013. [acceso 23 de Abril de 2015]. Disponible en: <http://www.asturias.es>

## **ANEXO 1:**

### **Encuesta sobre actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y prácticas de riesgo.**

Por favor, marque solo 1 respuesta en cada pregunta. Rellenarla le llevará menos de 5 minutos.

Desde el punto de vista ético,

1. Si un paciente acude al mismo médico que le ha aconsejado que deje de fumar y sigue fumando, creo que:
  - a) Ha de ser atendido igualmente.
  - b) Ha de ser atendido nada más si se compromete a dejar el tabaco.
  - c) Particularmente (si yo fuese ese médico) pienso que no le trataría, pero creo que le remitiría a un colega para que lo tratase.
  - d) Creo que se ha de excluir de la asistencia pública.
  - e) No sabe/ No contesta.
  
2. Si el mismo enfermo de la pregunta anterior tuviese que competir por una cama de la unidad de cuidados intensivos, con otro paciente de similares características que no fume, cree que:
  - a) Ese hecho sería discriminante y se debería dar preferencia al que no fuma.
  - b) Ese hecho no se debe tener en cuenta y el que fuma ha de tener tantas posibilidades de ser atendido como el que no fuma.
  - c) No sabe/ No contesta.

3. ¿El sistema sanitario actual en nuestro medio se debe hacer cargo de los gastos que generan las enfermedades respiratorias en pacientes que no dejan de fumar?
- a) Sí, en todos los casos.
  - b) Se debe individualizar, a veces sí y otras no.
  - c) No con recursos públicos.
  - d) No sabe/ No contesta.
4. ¿La situación planteada con los fumadores y las enfermedades respiratorias, son equiparables a los que beben alcohol con enfermedades hepáticas?
- a) Es una situación similar.
  - b) Es una situación diferente.
  - c) No sabe/ No contesta.
5. ¿La práctica de determinados deportes de riesgo, en caso de accidente, se trata de un problema similar al del tabaco?
- a) Es una situación similar.
  - b) Es una situación diferente.
  - c) No sabe/ No contesta.
6. La adicción a drogas como la Heroína o Cocaína.
- a) Es una situación similar.
  - b) Es una situación diferente.
  - c) No sabe/ No contesta.
7. En el momento de responder la encuesta, nos podría decir si usted es:

- a) Fumador de un paquete o más al día.
- b) Fumador moderado (menos de un paquete al día)
- c) Exfumador.
- d) No ha fumado nunca.
- e) No sabe/ No contesta.

8. Situación.

- a) Doctor/a.---- b) Enfermero/a.---- c) Auxiliar de enfermería.----d) Otros (Especificar)-----
- No sabe/ No contesta.-----

.Sexo: Hombre----- Mujer-----

.Edad: -----

.Años de profesión-----

.Comentarios:

Gracias por su colaboración. El resultado del análisis de estos datos lo puede conocer dirigiéndose al comité de ética del centro.

ANEXO2:



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA III

Unidad de Calidad, Docencia e  
Investigación

MODELO SOLICITUD DATOS - TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre y Apellidos	AYLEN HERNANDEZ GARCIA.			NIF	71978917A
Servicio/Unidad Centro de Salud				Categoría	ATS/DUE
Nº de Plantilla	33486	Tel./Ext.		Email:	aylenher@yahoo.es
Código CIAS <sub>1</sub>		Nº Colegiado <sub>1</sub>		Nº CIPSA <sub>1</sub>	

1 Datos a rellenar por el personal facultativo

Título del Estudio	"y prácticas de riesgo en el hospital San Agustín" "Actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos"
Tipo de Estudio	Análisis Estadístico Descriptivo.
Director/Tutor	Dña. Isolina Riccio Galán.
Objetivo	Analizar la actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y prácticas de riesgo en el hospital San Agustín.
Descripción	Se pretende hacer un análisis estadístico descriptivo, para conocer la actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y prácticas de riesgo en el Hospital San Agustín, para ello se ha extraído y modificado, previo autorización, una encuesta de un trabajo científico y se pasó por rellenar de manera anónima a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del centro, que voluntariamente acepten participar en el estudio.

SOLICITA

Revisión de Historias Clínicas	<input type="checkbox"/> (Adjuntar el número de historias solicitadas)
Realización de Encuestas	<input checked="" type="checkbox"/> (Adjuntar modelo)
Apoyo Metodológico (diseño, estadística...)	<input type="checkbox"/> (Especificar)
Otros	<input type="checkbox"/> (Especificar)
¿Se requieren datos personales de los pacientes?	<input type="checkbox"/> (Justificación)

El abajo firmante se compromete a la más estricta confidencialidad en el acceso, recogida y tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos sometidos al estudio clínico, al tiempo que se compromete al estricto cumplimiento de la legislación vigente en la materia: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En particular, el investigador se compromete a utilizar los datos personales obtenidos en el desarrollo del estudio única y exclusivamente en la medida en que resulten necesarios para la gestión, planificación, desarrollo, estudio, ejecución o análisis de los resultados obtenidos a lo largo del mismo.

Remitir email: [investigacion.area3@sespa.princast.es](mailto:investigacion.area3@sespa.princast.es)

Avilés, 10 de Febrero de 2015.

Fdo.:

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Camino de Heros, 6 - 33401 Avilés  
Tl.: 985 123 002 Fax: 985 123 010  
[investigacion.area3@sespa.princast.es](mailto:investigacion.area3@sespa.princast.es)

ANEXO 3:

Autorización Estudio - TFM - Correo Yahoo Página 1 de 1

Está viendo el correo básico porque estás usando un navegador de Internet no compatible. Actualiza tu navegador o consigue la aplicación para móviles para disfrutar de toda la experiencia Yahoo.  
No volver a mostrar esta información.

Aylén  Perfil  Salir Inicio

TFM

Redactar Eliminar Responder Responder a todos Reenviar Acciones  Anterior Siguiente

**Bandeja de entrada (1)**

Borrador

Enviados

Es spam

Papelera

**Mis carpetas**

- Dr. Alain
- Familia
- Fotos M.
- Fotos
- Importante
- Jobe
- Leslie
- Marisol
- Máster
- Maylín
- TFM
- Trabajo

**Autorización Estudio** miscotela 4 de marzo 2015 12:05 En

**De:** "Investigación Area3" <investigacion.area3@sespa.es>

**Para:** aylenher@yahoo.es

**CC:** jmfcarreira@gmail.com juan.rubio@sespa.es coordinadoreap.gap3@sespa.es  
direccionasistenciasanitaria.area3@sespa.es elena.llorente@sespa.es

Encabezados completos Vista imprimible

**Buenos días:**

Tras la revisión de la documentación remitida, le comunicamos la autorización desde la Subdirección de Atención Sanitaria del Área Sanitaria III para realización Encuesta para el estudio "**Prácticas de riesgo en el Hospital San Agustín. Actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos**".

**Saludos**

Isabel Villanueva  
Unidad de Calidad, Docencia e Investigación  
985123032

Eliminar Responder Responder a todos Reenviar Acciones  Anterior Siguiente

Redactar

https://es-mg42.mail.yahoo.com/neo/b/message?sMid=0&fid=TFM&sort=date&order... 07/03/2015

