RID | UNAJ
Repositorio Institucional Digital UNAJ

Universidad Nacional ARTURO JAURETCHE

Gómez, Gisela Beatriz

“Prevalencia de consumo de tabaco del personal de salud del Nuevo Sanatorio de Berazategui” y “su relación con la EPOC”

2019

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Reconocimiento – Compartir igual 4.0
https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:
Gómez, G.B. (2019) *Prevalencia de consumo de tabaco del personal de salud del Nuevo Sanatorio de Berazategui y su relación con la EPOC* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche] Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj

ICS Universidad Nacional ARTURO JAURETCHE

Instituto de Ciencias de la Salud

TESINA

Informe de Investigación

Presentada para acceder al título de grado de la Carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título:

"Prevalencia de consumo de tabaco del personal de salud del Nuevo Sanatorio Berazategui" y "su relación con la EPOC"

Autora:

Gómez Gisela Beatriz

Legajo: N°11022

Director:

Lic. Fierro Marcelo

Fecha de presentación:

07/11/2019

Firma:

"Debe entenderse que todos somos educadores. Cada acto de nuestra vida cotidiana tiene implicancias, a veces significativas. Procuremos entonces enseñar con el ejemplo". René Favaloro

Agradecimientos

A mi familia, especialmente a mis padres por su apoyo generoso e incondicional y a mi marido e hija que me alentaron a no bajar nunca los brazos.

A mis amigos de siempre, mis docentes, mis amigos de la carrera y aquellas amistades que me han regalado la vida, quienes estuvieron impulsándome siempre a cumplir mis metas, enseñándome a reconocer que mi tarea lleva implícita en su esencia espíritu de servicio, contribuyendo al bienestar comunitario.

A mi tutor Lic. Fierro Marcelo y a los directivos de la carrera por guiarme y acompañarme en esta última etapa.

Y finalmente a Dios por hacer que todo sea posible.

Abreviaturas

AFE (Aumento del flujo espiratorio)

ATT (Antitripsina)

AVD (Actividad de la vida diaria)

CAT (COOP Assessment Test)

CVF o FVC (Capacidad vital forzada)

CVRS (Calidad de vida relacionada con la salud)

ENFR (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo)

ENT (Enfermedades No Transmisibles)

EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

ELTGAL (Espiración lenta total a glotis abierta en lateralización)

FDA (Administración de Alimentos y Drogas)

FiO_2 (Fracción inspiratoria de Oxigeno)

GOLD (Iniciativa Global en Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas)

IgG (Inmunoglobulina G)

KPa (Kilo pascal)

LIN (Limite Inferior de la Normalidad)

mmHg (Milímetros de Mercurio)

NSB (Nuevo Sanatorio Berazategui)

OCD (Oxigenoterapia continua domiciliaria)

OMS (Organización Mundial de la Salud)

OPS (Organización Panamericana de la Salud)

$PaCO_2$ (Presión parcial de Dióxido de Carbono en sangre arterial)

PaO_2 (Presión parcial de Oxigeno en sangre arterial)

PEP (Presión espiratoria positiva)

PreBD (Pre Broncodilatador)

RR (Rehabilitación Respiratoria)

RX (Rayos X)

SAC (Sociedad Argentina de Cardiología)

STEPS (Método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no trasmisibles)

TEF (Técnica de espiración forzada)

USPHS (Guía de práctica clínica del servicio sanitario)

VEF1 (Volumen espiratorio forzado en el 1 segundo)

VMNI (Ventilación mecánica no invasiva)

VR (Volumen Residual)

Tabla de contenido

I. INTRODUCCIÓN **8**

II. FORMULACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA **10**

III. JUSTIFICACIÓN **10**

IV. OBJETIVO GENERAL **11**

IV.A OBJETIVOS ESPECÍFICOS **11**

V. MARCO TEÓRICO **12**

CAPÍTULO I **12**

1.Tabaco ***12***
1.1 Concepto ***12***
1.2 Componentes ***12***
2. Tabaquismo ***13***
2.1 Concepto ***13***
2.2 Características ***13***
2.3 Tipos de Fumadores ***13***
2.4 Comorbilidades ***14***
2.5 Alteraciones producidas por su consumo ***14***
2.6 Factores de Riesgos ***15***
2.7 Prevención ***15***

CAPÍTULO II **17**

3.Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ***17***
3.1 Concepto ***17***
3.2 Clasificación ***17***
3.3 Diagnóstico de EPOC ***21***
3.4 Tratamiento Farmacológico ***22***
3.5 Rehabilitación Respiratoria ***24***

CAPÍTULO III **29**

4.Antecedentes ***29***

VI. RELEVANCIA DE ESTE TRABAJO **30**

VII. ESTRATEGIA METODOLÓGICA **30**

VII.A REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA **30**

VII.B TRABAJO DE CAMPO **30**

VIII. CONTEXTO DE ANÁLISIS **31**

IX. RESULTADOS **31**

IX.A COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA **32**

IX.B ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS **34**

IX.b.1 ¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco como cigarrillo, puro o pipa? ***34***
IX.b.2 ¿Fuma usted actualmente productos de tabaco todos los días? ***35***
IX.b.3 ¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar? ***36***
IX.b.4 ¿Recuerda usted hace cuanto tiempo fue? ***37***
IX.b.5 En promedio ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día o a la semana? ***38***
XI.b.6 En los últimos 12 meses ¿ha tratado de dejar de fumar? ***38***
IX.b.7 En los últimos 12 meses ¿le han aconsejado que deje de fumar en alguna visita al médico u otro agente sanitario? ***39***
IX.b.8 ¿Fumó usted anteriormente? ***40***
IX.b.9 Anteriormente ¿llegó usted a fumar todos los días? ***41***
IX.b.10 ¿Qué edad tenía usted cuando dejó de fumar? ***41***
IX.b.11 ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? ***42***
IX.b.12 ¿Consume usted actualmente algún productos de tabaco sin humo todos los días? ***42***
IX.b.13 En promedio ¿Cuántas veces al día o a la semana consume usted? ***43***
IX.b.14 Anteriormente ¿Consumió usted algún producto de tabaco sin humo? ***44***
IX.b.15 Anteriormente ¿Consumió usted algún producto de tabaco sin humo todos los días? ***45***
IX.b.16 En los últimos 30 días ¿alguien fumó en casa de usted? ***45***
IX.b.17 En los últimos 30 días ¿Alguien fumó en los locales cerrados de su centro de trabajo? ***46***
IX.c Impacto de la EPOC y calidad de vida ***47***

X. CONCLUSIÓN **49**

XI. BIBLIOGRAFÍA **51**

ANEXOS **55**

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera al tabaquismo como principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, provoca el 30% de las enfermedades cardiovasculares, el 80% de todas las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el 90% de cáncer del pulmón y el 30% de diferentes tipos de cáncer, entre otros. (1)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causa inflamación de las vías aéreas, destrucción alveolar y se asocia con repercusiones sistémicas. La EPOC puede impedir realizar incluso las actividades elementales, como caminar, cocinar o encargarse de la higiene personal. Es una enfermedad prevenible, irreversible, aunque tratable, lentamente progresiva y se presenta con tos, expectoración y disnea de esfuerzo.

En la atención del paciente con EPOC, se han desarrollado diversas intervenciones que buscan promover la deshabilitación del consumo de tabaco, promover la actividad física y efectuar un abordaje terapéutico farmacológico y no farmacológico; entre ellas, integrar la educación al paciente y/o la rehabilitación respiratoria (RR) encargado principalmente por al área de la kinesiología. (2)

La RR ha demostrado que mejora los síntomas, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida, recomendada e indicada en todo paciente con enfermedad respiratoria crónica, aún con un buen tratamiento farmacológico. (2)

Si bien el abandono del consumo de tabaco no se acompaña de una reversión de la enfermedad, dejar de fumar siempre es conveniente ya que retarda el comienzo de la discapacidad y preserva las funciones pulmonares remanente. (3)

Se demostró que aquellas personas que presentan EPOC tienen una necesidad mayor y más urgente de dejar de fumar que el fumador promedio, por lo que los médicos deben asumir un papel proactivo para motivar su cese y proporcionar un tratamiento acorde a su estadio. (4)

Los profesionales de la salud que poseen este hábito son una preocupación para el servicio sanitario, para lo que se necesitarían tomar medidas y darles el apoyo necesario a aquellos que quieren dejar de fumar. (5)

Las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Servicio de Salud (USPHS, según su siglas en inglés) sobre cómo asistir a los consumidores de tabaco a dejar de fumar pueden ayudar a facilitar la adopción de una breve intervención conocida como las 5A: Preguntar, Asesorar, Asistir, Organizar y Evaluar (Ask, Advise, Assist, Arrange, and Assess, según su traducción en ingles). [5]

Por este motivo, los programas de RR están conformados por un equipo interdisciplinario, cuyo propósito es la reducción del déficit funcional causado por la enfermedad, para optimizar las prácticas de actividad físicas y con ello sus relaciones sociales. [6]

Estudios realizados en diversos centros de salud reflejan altos niveles de consumo de tabaco, que, al parecer, son influenciados por aquellos aspectos que rodean a esta población como el tiempo requerido en las obligaciones laborales o estrés laboral, ansiedad, problemáticas sociales, etc. En ellos, los resultados han arrojado que los centros sanitarios en general no cumplen con la expectativa deseada, más grave aún si se trata de representantes de un área como el de la salud. Estos malos hábitos de vida, repercuten en el adecuado funcionamiento de los sistemas corporales y son detectados cuando ya no hay posibilidades de prevenir las enfermedades sino únicamente de tratarlas.

Es de incumbencia para esta investigación indagar en las conductas del personal de salud del Nuevo Sanatorio Berazategui (NSB) frente al consumo de tabaco, reflejar las probabilidades de padecer EPOC y, a partir de aquí, definir diferentes intervenciones kinésicas que puedan mejorar los síntomas, la capacidad de esfuerzo, y por ende, la calidad de vida.

II. Formulación de la Problemática

Avanzar en el reconocimiento de las conductas de consumo de tabaco, su relación con la EPOC y sus modificaciones en la calidad de vida dentro del contexto del personal sanitario del Nuevo Sanatorio Berazategui (NSB). Por tal motivo y de acuerdo a lo antes descripto, surge el siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de consumo de tabaco en el personal de salud del Nuevo Sanatorio Berazategui y su relación con la EPOC?

III. Justificación

El consumo de tabaco en la sociedad en general, como así también, en el personal sanitario, es elevado y merece de ciertas medidas necesarias para valorar su prevalencia. Por tal motivo, a través de una evaluación destinada al personal de salud del NSB, se busco conocer los niveles de consumo de tabaco, cuantificar a aquellos trabajadores con diagnóstico de EPOC y determinar las posibles intervenciones kinésicas para esta enfermedad.

Esta investigación pretende constituirse en punto de partida para generar herramientas y elaborar futuras acciones tendientes a profundizar la promoción de salud, prevención de enfermedades no trasmisibles y en fomentar un estilo de vida saludable.

Por otra parte, se aspira a promover entornos que faciliten mejorar la salud, y espacios de reflexión críticas en el personal acerca de las consecuencias y el que hacer frente a este tema tan cotidiano.

IV. Objetivo General

El objetivo principal de esta investigación es estimar los niveles de consumo de tabaco del personal del Nuevo Sanatorio Berazategui y su relación con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según tengan diagnóstico médico.

IV.a Objetivos Específicos

- ✓ Realizar una revisión bibliográfica de la literatura en relación al consumo de tabaco en los diferentes centros de salud.
- ✓ Efectuar encuestas en relación al consumo de tabaco a todo el personal del Nuevo Sanatorio Berazategui.
- ✓ Identificar si existen alteraciones de la calidad de vida a causa del consumo de tabaco a todo el personal del NSB, dentro de ellos, fumadoress actuales y exfumadores.
- ✓ Cuantificar a los trabajadores que tengan diagnóstico médico de la EPOC.
- ✓ Señalar diferentes intervenciones kinésicas en el tratamiento de la EPOC.
- ✓ Analizar las conductas adquiridas por el personal de salud frente al consumo de tabaco, sus posibles consecuencias, y señalar las intervenciones kinésicas para su tratamiento.

V. Marco teórico

Capítulo I

1. Tabaco

1.1 Concepto

En su definición, el tabaco es una planta originaria de América cuya hoja tienen concentraciones altas de la sustancia química denominada nicotina, que es una de las responsables de generar una conducta adictiva. Los productos derivados de esta planta se pueden fumar, tanto en cigarrillos o pipas; aplicar sobre las encías, como ocurre con el tabaco en polvo o el tabaco para mascar; y por último puede ser inhalado como ocurre con el rapé. El nombre científico de la planta de tabaco más común es Nicotiana Tabacum. (7)

1.2 Componentes

Dentro de los componentes químicos que presenta la hoja de tabaco se encuentran el carbohidrato, ácidos orgánicos no grasos, compuestos nitrogenados y resina, entre otros químicos que absorbe la hoja, utilizados en la agricultura.

Durante su combustión se presentan temperaturas elevadas que afectan al tracto respiratorio. Como consecuencia de la combustión el 40% del humo está formado por partículas de brea y nicotina; y el 60% corresponde a gases formados por más de 3000 compuestos químicos, dentro de los cuales encontramos al monóxido de carbono, fenol, formaldehido, cianuro de hidrogenó, oxidó nitroso, alcohol metílico, etc. (7)

Sus componentes más importantes son: a) la nicotina, por su acción farmacológica en el tracto respiratorio; b) el monóxido de carbono, que al combinarse con la hemoglobina produce hipoxemia; c) el alquitrán, que contiene benzopirenos identificados como sustancias carcinogenéticas; d) restos de sustancias que afectan la mucosa del tracto respiratorio. (7)

2. Tabaquismo

2.1 Concepto

La OMS define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, que actúa a nivel del sistema nervioso central.

Es un problema de gran importancia a nivel mundial, debido a su gran incidencia en la mayoría de las patologías respiratorias crónicas y su gran número de muertes prematuras y grandes gastos económicos en su atención médica. (8)

2.2 Características

Se inicia en la edad de la adolescencia, por la necesidad de reducir la dependencia familiar, iniciándose como un juego, aceptación social, incorporaciones a grupos sociales, etc. Por otra parte, los medios de comunicación hacen creer que el consumo de tabaco trae consigo el éxito, la feminidad, grandes relaciones sociales e independencia. (9)

2.3 Tipos de Fumadores

Fumador: es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. Se puede diferenciar:

- ✓ Fumador Activo: es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.
- ✓ Fumador Ocasional: es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador.
- ✓ Fumador Pasivo: es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno.
- ✓ Ex Fumador: es la persona que fue fumador pero se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses. (10)

2.4 Comorbilidades

Según la OMS, se estima que el tabaco mata más de 8 millones de personas por año, de los cuales 7 millones son consumidores y 1.2 millones son fumadores pasivos. [11]

Al mismo tiempo, que aquellas personas que fuman pierden entre 13,2 y 14,5 años de su vida y tienen 3 veces más posibilidades de morir antes de cumplir los 60 o 70 años que los no fumadores. [12]

Se espera que para el año 2030 el tabaquismo sea la principal causa de muerte en el mundo y conociéndose que el consumo de tabaco es la principal causa de mortalidad prevenible a nivel mundial. [11]

"…Unos 700 millones de niños, es decir casi la mitad de los niños del mundo, respiran aire contaminado ocasionado por el humo del tabaco, ya que ni la ventilación y/o la filtración del aire pueden reducir la exposición al humo de tabaco en espacios interiores a niveles aceptables…" [13]

2.5 Alteraciones producidas por su consumo

El humo del cigarrillo altera la inmunidad innata compuesta por el aparato mucociliar, el epitelio de la vía aérea, células inflamatorias, moléculas pro-inflamatorias.

En el aparato respiratorio produce inflamación y edema de la mucosa, hipertrofia e hiperplasia de las células caliciformes, con la consecuente hipersecreción de moco. Estos dos factores sumados al espasmo del músculo liso bronquial generan como consecuencia una reducción de la luz de los bronquios. Esto provoca atrapamiento aéreo en las zonas más distales del pulmón e impiden la adecuada ventilación de los pulmones.

Cuando fuman, durante un tiempo considerable, se ve involucrado el sistema inmune y el resultado de esta activación genera la presencia de linfocitos T y B y de gran cantidad de sustancias inflamatorias como citoquinas y factores de crecimiento que provocan el daño bronquial y parenquimatoso. Hay aumento de polimorfonucleares, de macrófagos, de inmunoglobulina G (IgG) y disminución de inmunoglobulina A, lo que facilita así el aumento de las probabilidades de infecciones.

En las vías aéreas centrales ocurre hiperplasia y metaplasia de células caliciformes que, junto con la hipertrofia de glándulas bronquiales, explica la producción aumentada de moco en la bronquitis crónica y en las vías aéreas periféricas se observa bronquiolitis y metaplasia escamosa, lo que genera pérdida de la función ciliar. En el parénquima pulmonar se produce destrucción de los tabiques alveolares, lesión característica del enfisema pulmonar.

Estas lesiones se distribuyen y la destrucción del tejido conectivo provoca la pérdida de presión en la elasticidad que contribuye a la disminución del flujo aéreo. Con la perdida de la elasticidad se genera el colapso de los mismos durante la espiración y la obstrucción al flujo aéreo. [7,14]

2.6 Factores de Riesgos

Según la OMS, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. [15]

En la 4°Encuesta Nacional de Factores de Riesgos destacan que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno como un factor de riesgo que se encuentra en descenso, con una baja significativa de un 25% a un 21, 8%. [16]

Según la OMS, el tabaquismo ocasiona el 30% de enfermedades cardiovasculares, 35 % de diferentes tipos de cánceres, 80% de todas las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 90% de cáncer del pulmón. [1]

2.7 Prevención

La Ley 26.687 regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Con el objetivo de reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco; reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo; prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes; concientizar y destacar las consecuencias producidas por el consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al mismo.

Se encuentran las advertencias textuales y gráficas impactantes que se encuentran en los paquetes de cigarrillo.[17] Sirven para persuadir a los actuales fumadores, para protejan la salud de aquellas personas que no fuman, cuidando los espacios libres de humo y las cercanías a los niños.

Los estudios realizados en varios países como por ejemplo Brasil, Canadá, Singapur y Tailandia muestran que las advertencias gráficas y textuales promueven la concientización de las personas respecto de los peligros del consumo de tabaco.

Las campañas realizadas en el Día Mundial Sin Tabaco (31 de Mayo) brindan información que pueden reducir el consumo de tabaco alentando a la gente a dejar de consumir y proteger a los no fumadores. [10, 18]

Capítulo II

3 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

3.1 Concepto

Según la OMS, la EPOC no es una sola enfermedad, sino un conjunto de diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más utilizados son "Enfisema" y "Bronquitis Crónicas". [19]

Según la Iniciativa Mundial para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD, por sus siglas en inglés) es una enfermedad que se caracteriza por tener síntomas respiratorios y limitación del flujo aéreo persistentes que producen anomalías de las vías respiratorias o alveolares causadas por una exposición a partículas o gases nocivos. La limitación crónica del flujo es producida por una combinación de enfermedades que destruyen el parénquima como es el "Enfisema" y enfermedades de las vías aéreas pequeñas "Bronquitis Obstructiva". [20]

Según John West, el término EPOC aplica a personas que presentan "Enfisema", "Bronquitis Crónica" o una combinación de ambas enfermedades. Muchos pacientes refieren falta de aire y tos crónica, poca tolerancia al esfuerzo, evidencia de obstrucción de la vía aérea, pulmones hiperinsuflados y alteraciones en el intercambio gaseoso. Es difícil saber cuál es el grado de enfisema o bronquitis crónica que presentan los pacientes por eso el término "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica" se presenta como más conveniente. [21]

3.2 Clasificación

Las alteraciones observadas en la espirometría serán determinantes para diagnosticar al paciente. La GOLD define la presencia de obstrucción de la vía aérea cuando la relación del volumen espiratorio forzado en 1seg (FEV1) sobre la capacidad vital forzada (FVC) es menor a 0.7 post-broncodilatador, y reconoce 4 estadios de gravedad (leve, moderado, grave y muy grave) en función del compromiso del FEV1 post-broncodilatador. [21]

La presencia o ausencia de síntomas respiratorios como la tos, expectoración o disnea no modifica los estadios ni influye en la clasificación de gravedad. El empleo de un valor fijo de relación FEV1/FVC para confirmar el diagnóstico de la EPOC tiene la ventaja de ser simple, de fácil acceso y aplicación práctica, pero sobrestima la prevalencia de la EPOC en mayores de 50 años.

En personas mayores de 50 años, puede hallarse una relación FEV1 /FVC menor a 0.7 que se encuentre por encima del límite inferior de lo normal (LIN) considerado como un falsos positivos; viceversa, en sujetos jóvenes una relación superior a 0.7 puede hallarse por debajo del LIN considerado como un falsos negativos. No obstante, hasta tanto se disponga en forma generalizada de las ecuaciones que permitan el rápido cálculo del LIN se recomienda utilizar el límite de FEV1 /FVC < 0.7 dada su mayor simplicidad y accesibilidad. [7, 21, 22,23]

Tabla 1. Clasificación de la EPOC según sus estadios y sus manifestaciones en relación a VEF1/CVF.

Estadio I: EPOC leve – VEF1/CVF < 70% pero VEF1 > 80%. Puede o no haber síntomas crónicos.
Estadio II: EPOC moderado – VEF1/CVF < 70% y VEF1 > 50% y < 80 %.Existe generalmente progresión de los síntomas crónicos y el paciente usualmente requiere atención médica por exacerbaciones o disnea de esfuerzo.
Estadio III: EPOC grave – VEF1/CVF < 70% y VEF1 >30 % y < 50%. Suele haber disnea de esfuerzo, deterioro en la calidad de vida y las exacerbaciones sonde riesgo.
Estadio IV: EPOC muy grave – VEF1/CVF < 70% y VEF1 < 30% o presencia de insuficiencia respiratoria crónica aun con VEF1 > 30%.

Fuente. Elaborada por la GOLD basada en la severidad y relacionada con la disminución del flujo aéreo. [20]

La clasificación mencionada toma esencialmente en cuenta la gravedad de la obstrucción a través del grado de disminución del VEF1. Sin embargo, existe una tendencia a incorporar otros factores como el grado de disnea (síntomas), el índice de masa corporal (estado nutricional) y la prueba de caminata de 6 minutos (tolerancia al ejercicio).

Se puede destacar dos tipos de pacientes que presentan cuadros clínicos determinados [22]:

Paciente Tipo A o "Sopladores rosados":

- ✓ Entre 50 y 60 años de edad;
- ✓ Presencia de disnea progresiva en los últimos 4 años;
- ✓ Tos con expectoración escasa y blanquecina;
- ✓ Pérdida de peso resiente;
- ✓ Ausencia de cianosis;
- ✓ La radiografía de tórax confirma la hiperinsuflación y corazón en gota;

- ✓ Diafragmas descendidos;
- ✓ Estrechez mediastínica;
- ✓ Presión venosa yugular normal;
- ✓ Ausencia de edemas periféricos;
- ✓ PaO_2 arterial sólo un poco disminuida;
- ✓ $PaCO_2$ arterial elevada.

Paciente Tipo B o "congestivos azulados":

- ✓ Hombre de 50 a 60 años;
- ✓ Paciente fumador de varios años;
- ✓ Antecedentes de tos crónica y expectoración durante varios años;
- ✓ Aumento de la gravedad de los síntomas;
- ✓ Cianosis frecuente;
- ✓ Agudizaciones con expectoración mucopurulenta;
- ✓ Disnea de esfuerzo con limitación progresiva;
- ✓ Crepitantes y roncus dispersos;
- ✓ La radiografía de tórax muestra ligera cardiomegalia;
- ✓ Campos pulmonares congestionados y aumento de la trama vascular;
- ✓ Puede haber un aumento de la presión venosa yugular;
- ✓ Edemas periféricos;
- ✓ $PaCO_2$ elevado;
- ✓ PaO_2 a menudo muy baja.

3.3 Diagnóstico de EPOC

El diagnóstico debe ser realizado en pacientes mayores de 40 años con factores de riesgos (hábito tabáquico y trabajos insalubres) y presenten síntomas como disnea, tos crónica y esputo crónico. [21]

- ✓ La sospecha debe confirmarse por medio de una espirometría forzada con prueba broncodilatadora, para establecer un diagnóstico de EPOC y valorar la gravedad de la limitación al flujo aéreo donde se establecerá el grado de severidad de la obstrucción. [22]
- ✓ Estudio de laboratorio que presenten hemograma completo, eritrosedimentación, leucocitosis que demuestra evidencia de inflamación sistémica, aún en periodo estable.
- ✓ Concentraciones de Alfa 1 Antitripsina (ATT) ya que su deficiencia es un trastorno genético que puede ocasionar enfisema. [22-24]
- ✓ Cultivos de esputo que se utiliza para caracterizar el germen patógeno colonizante en los pacientes que presenten esputo mucopurulento el cual sugiere la presencia de inflamación activa en pacientes con bronquitis crónica. [24]
- ✓ Estudios radiológicos donde demuestren aumento del espacio retro esternal, aplanamiento o inversión de ambos hemidiafragmas, horizontalización de los arcos costales, disminución de la vascularización pulmonar e hiperinflación (radio lucidez en la Rx). [25-27]

3.4 Tratamiento Farmacológico

Existen numerosos tratamientos farmacológicos efectivos para el síndrome de abstinencia de la nicotina, cinco de ellos han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en ingles), cuatro de ellos son diferentes tipos de terapia sustitutiva de la nicotina como son los parches, chicles, spray nasal e inhalador bucal y el quinto, el hidrocloruro de bupropion de liberación sostenida. Se ha demostrado que los niveles de nicotinemia que se obtienen a lo largo de un día, solo llega al 35-65% de los que habitualmente tienen los fumadores.

Tal vez sea ésta una de las explicaciones del alto índice de recaídas que se producen durante las primeras semanas de tratamiento. [28]

El manejo de la EPOC en fase estable incluye evitar y reducir los factores de riesgo y utilizar convenientemente el tratamiento farmacológico disponible para controlar los síntomas.

Los diferentes fármacos más comunes utilizados son [26, 29, 30]:

- ✓ Beta-agonistas y anticolinérgicos de corta duración que son utilizados para pacientes con sintomatología intermitente con una administración a demanda. Los más utilizados son el salbutamol, terbutalina y bromuro de ipratropio.
- ✓ Beta-agonistas y anticolinérgicos de larga duración que son utilizados en pacientes con sintomatología persistentes y que alteran la calidad de vida de la persona. Los más utilizados son el salmeterol ó formoterol y el anticolinérgico de larga duración el tiotropio.
- ✓ Corticoides inhalados que son indicados en pacientes con sintomatología exacerbada frecuentemente.
- ✓ Combinación de beta-agonistas de larga duración y corticoides inhalados.
- ✓ Corticoides orales que se deben utilizar en pacientes con tratamientos prolongados en dosis bajas.
- ✓ Mucoliticos (más utilizados en las bronquitis crónicas)

- ✓ Vacunas tanto antigripal anual y antineumonía.
- ✓ Alfa-1-antitripsina
- ✓ Oxigenoterapia continúa domiciliaria (OCD) es el tratamiento más importante para el manejo de la EPOC avanzada, también evita la progresión de la hipertensión pulmonar. Pero para que el paciente pueda acceder a este tipo de tratamiento es necesario que este correctamente indicado para suministrar el adecuado flujo de oxígeno y la cantidad de horas utilizarse por día. Es un tratamiento que ha demostrado que incrementa la supervivencia en pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria. [24, 26]

La EPOC severa y muy severa requiere de un monitoreo cuidadoso y frecuente de su evolución, y a veces pueden ser necesarios programas de rehabilitación y tratamientos más complejos.

3.5 Rehabilitación Respiratoria

Hay que tener en cuenta que el paciente quiere vivir con las mejores condiciones posibles. En nuestra sociedad está totalmente introducido el concepto de "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) como una aproximación multidimensional que aborda todos los aspectos de cada individuo, y que nos permite conocer y tratar mejor a los enfermos. [30]

Cuando hacemos referencia a la calidad de vida en el paciente con EPOC, debemos tener en cuenta que la cronicidad de la enfermedad que padece lleva implícito un gran componente psicológico y social, tanto para el paciente como para el médico.

Para el tratamiento de esta enfermedad la RR se considera como una intervención multidisciplinaria e integral, dirigida a los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. [29] Sin dejar de lado la necesidad del abandono del tabaco, que es una forma más efectiva de reducir el riesgo de desarrollar EPOC y de frenar su progresión. [31] También la terapia psicológica individual o grupal es una medida efectiva para dejar de fumar. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel integral en el abordaje del abandono del tabaquismo.

Es necesaria la recomendación de actividad física cotidiana para favorecer el tratamiento y disminuir progresivamente los síntomas. [28]

Está demostrado que la RR tiene como objetivo aliviar los síntomas, reducir y prevenir la progresión de la enfermedad, mejorar la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida, prevenir la exacerbación y complicaciones y por último podemos destacar que la rehabilitación podría disminuir la utilización del servicio sanitario.

La frecuencia de la rehabilitación deberá ser de 2 o 3 sesiones semanales mínimo para observarse mejoras en la sintomatología. [32-34]

La educación obviamente mejora la función pulmonar y/o la tolerancia al ejercicio. Los pacientes que han recibido educación con respecto a su enfermedad, tienen mayores probabilidades de cumplir los planes terapéuticos y

buscar atención precoz en las exacerbaciones; instruir a los pacientes disminuye las demandas de los servicios de salud y en consecuencia los costos. [35]

Es fundamental que el paciente conozca la naturaleza de su enfermedad, los factores que la agravan, y la ayuda que brinda hoy un tratamiento multidisciplinario. El contenido debe ser adaptado a la situación social y cultural de cada paciente.

Por esta razón, el rol del kinesiólogo es fundamental; la kinesiología respiratoria y la rehabilitación deben considerarse imprescindibles en el tratamiento multidisciplinario de esta enfermedad. Se debe instruir al paciente para movilizar secreciones y controlar la disnea. Siempre que sea posible se deben realizar ejercicios de mayor o menor intensidad para minimizar las secuelas y prolongar, en lo posible, la independencia funcional del paciente. También las técnicas de ahorro energético ayudan a realizar las actividades de la vida diaria con menor disnea. Esto implica enseñar al paciente y al cuidador de manera clara y sencilla técnicas para su utilización en el día a día. [36]

La Fisioterapia Respiratoria es el conjunto de técnicas de tipo físico que, junto con el tratamiento médico, pretende mejorar y mantener una óptima función ventilatoria y respiratoria del organismo. [36]

La reeducación respiratoria, junto con las demás técnicas utilizadas por el kinesiólogo, completan la rehabilitación integral, necesaria en las mayoría de las patologías. Los objetivos generales de la fisioterapia respiratoria son: prevenir posibles disfunciones respiratorias, restituir y mantener la función pulmonar, mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida, implicar al paciente y al cuidador en el proceso y la evolución de la enfermedad. [36]

Existen diferentes técnicas utilizadas en pacientes con EPOC, muchas de ellas en desuso como por ejemplo el Clapping y otras más complejas.

Estas las técnicas se pueden dividir según la gravedad de la EPOC:

- ✓ Antes que nada el paciente deberá dejar de fumar.

- ✓ Acondicionamiento físico que deben durar entre 6 a 12 semanas aproximadamente con incorporación de movilidad de ambos miembros [37-39]

- ✓ Patrones musculares respiratorios de resistencia como por ejemplo respiraciones diafragmáticas y respiraciones intercostales superiores e inferiores.

- ✓ Rehabilitación de los músculos respiratorios. [40]

- ✓ Drenaje postural según la tolerancia y necesidad.[26]

- ✓ Técnicas activas indicadas en pacientes que puedan colaborar. En estas técnicas se trabaja con diferentes volúmenes y flujos de aire para movilizar las secreciones bronquiales desde las zonas distales a las proximales (flujos lentos para zonas distales y rápidas para las proximales). [26]

- ✓ Técnicas con control del flujo respiratorio rápido. Destinadas al drenaje de secreciones de las vías aéreas proximales.[26]

- ✓ Técnicas de control de la disnea donde el paciente debe tomar conciencia de su patrón ventilatorio. Es necesario que el paciente se encuentre en decúbito supino así favorecer el libre movimiento del músculo diafragma. [26]

- ✓ Tos controlada y dirigida, la tos dirigida se utiliza cuando la mucosidad se encuentra en las vías respiratorias proximales o de gran calibre. El paciente debe colocarse en sedestación. Con una inspiración lenta y profunda cerrando la glotis mediante una maniobra de Valsalva. [26]

- ✓ Ventilación lenta controlada de la zona abdomino-diafragmática a baja frecuencia, pero resultan bastante fatigante.

- ✓ Ventilación a labios fruncidos. Se trata de realizar una inspiración nasal lenta seguida de una espiración con los labios fruncidos. Esta maniobra evita el colapso precoz de la vía aérea desplazando el punto de igual presión hacia la parte proximal del árbol bronquial.

- ✓ Ventilaciones dirigidas por el kinesiólogo, se trata de reeducar la respiración, tanto en reposo como en ejercicio. Para ello se debe movilizar la zona que se quiere tratar.
- ✓ Movilizaciones torácicas que pueden ser activas por parte del paciente, activas asistidas o pasivas. Se trata de estimular y ventilar selectivamente zonas pulmonares.[26]
- ✓ Técnicas de control de flujo espiratorio lento, destinadas a la movilización de las secreciones de las vías aéreas de pequeño diámetro hacia las de mayor diámetro. [26]
- ✓ Espiración lenta total a glotis abierta en lateralización (ELTGAL) se debe auscultarse al paciente con anterioridad a la realización de esta técnica, con el objetivo de identificar y localizar las secreciones en alguno de los campos pulmonares.

  Se pide que el paciente se coloque en decúbito lateral, el hemitórax a drenar debe colocarse en la parte inferior. Se le pide al paciente una inspiración normal y a continuación una espiración lenta y larga con la glotis abierta. Se podrá realizar la secuencia de tos 2 o 3 veces si el paciente lo requiere. [26]
- ✓ Aumento del flujo espiratorio (AFE) a alto volumen y bajo flujo donde se pide al paciente una inspiración hasta el volumen de reserva inspiratorio y luego una espiración hasta llegar al volumen residual. La espiración ha de ser a bajo flujo y a glotis abierta. [26]
- ✓ Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) [41]
- ✓ Técnicas que ahorren energía para las actividades de la vida diaria (AVD).
- ✓ AFE a bajo volumen y alto flujo. Se pide al paciente una espiración rápida y a glotis abierta. En este caso, el volumen de aire inspirado previamente ha de ser mínimo; el flujo, en contraposición, debe ser rápido. [26]
- ✓ Técnica de espiración forzada (TEF) orientada a favorecer el drenaje de secreciones traqueales. Donde se realizar una espiración forzada a glotis

abierta con contracción combinada de la musculatura abdominal y torácica, con el fin de aumentar el flujo espirado. [26]

- ✓ Flutter VRP1 es un pequeño instrumento en forma de pipa con un cono interior y una bola de acero inoxidable que interrumpe de modo intermitente el flujo de aire espirado. Combina una presión espiratoria positiva (PEP) con una vibración de alta frecuencia. Mejorando la ventilación pulmonar colateral favoreciendo la migración de secreciones hacia las vías aéreas proximales.

- ✓ Técnicas pasivas indicadas en pacientes con escasa colaboración, dificultad de comprensión, limitación importante del flujo espiratorio o debilidad muscular severa. Se realizaran presiones torácicas manuales coordinadamente durante la fase espiratoria en el AFE.

- ✓ En el caso de fallar el tratamiento anteriormente mencionado, se llegara a la utilización de la Ventilación mecánica invasiva considerando que el paciente debe presentar falla o intolerancia de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), disnea grave con uso de músculos accesorios y disociación toracoabdominal, frecuencia respiratoria >35/minuto, hipoxemia que pone en peligro la vida del paciente, acidosis respiratoria severa pH < 7.25 y/o hipercapnia grave, paro respiratorio, somnolencia, alteraciones del estado de alerta y complicaciones cardiovasculares.[35]

- ✓ Tratamiento similar a la atención al carcinoma pulmonar terminal. En ambos predomina la disnea como síntoma fundamental que limita la calidad de vida (paciente con alto riesgo de fallecer en los siguientes 6-12 meses). [42]

- ✓ Mantenimiento de la autonomía. [43]

- ✓ Cuidados paliativos en la última fase de la enfermedad. [43]

Capítulo III

4. Antecedentes

El Hospital Santojanni realizó una investigación en el personal sanitario comparado con el Hospital Posadas respecto al consumo de tabaco.

Se observó el gran índice de prevalecía de consumo de tabaco donde se distingue el área de administración, médicos y enfermeros.

El 20,86% de los tabaquistas tienen la expectativa en dejar de fumar en los próximos 30 días, el 28,3% en los próximos 6 meses y el 51 % no piensan en dejar de fumar. Sin embargo, aquellos que desean dejar de fumar, es decir, el 49,2%, el 80,4% aceptaría ayuda del consultorio de tabaquismo del hospital.

Al interrogarse sobre el daño que causa el humo del tabaco en fumadores pasivos, el 99% respondió que es perjudicial para la salud. Por otro lado, un 93,5 % conoce la existencia de la Ley antitabaco 3.718/10 que prohíbe fumar en Instituciones de Salud y el 97,4% está de acuerdo que el hospital debe ser una institución libre de humo. [44]

En la Comunidad de Madrid se realizó una investigación específicamente en mujeres del personal sanitario. Allí se obtuvo una muestra de n=1.235 personas, donde el 43,7% son fumadoras, entre ellos el tabaquismo mayor está formado por enfermeras (47,6%), en las médicas (34,7 %), y quienes trabajan en atención especializada (46,7%) y por último, las que lo hacen en atención primaria (35,2%).

Asimismo, la prevalencia del consumo de tabaco entre las profesionales de enfermería es muy superior a la encontrada entre las médicas, por lo que se debe hacer es una atención especial al respecto. El porcentaje de tabaquismo es mayor entre las profesionales de enfermería y entre las médicas de los hospitales respecto a las que trabajan en Atención Primaria de su alrededor. [45]

VI. Relevancia de este trabajo

Se sabe que el consumo de tabaco en la sociedad Argentina en general, y sobre todo en el personal sanitario, presenta niveles elevados y merece de medidas determinantes para disminuir su prevalencia. Por tal motivo, a través de una evaluación al personal de salud del NSB, se busca conocer los niveles de consumo de tabaco y la existencia de alteraciones en la calidad de vida de los consumidores.

El presente trabajo pretende constituirse en punto de partida para generar herramientas y elaborar futuras acciones tendientes a profundizar la promoción de salud, prevención de enfermedades no trasmisibles y en fomentar un estilo de vida saludable, optimizando la calidad de vida en el personal sanitario.

VII. Estrategia metodológica

VII.a Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Bireme, Scielo. También, en sitios web oficiales de organismos nacionales e internacionales: OMS, OPS, SAC.

Se consultaron investigaciones de los períodos comprendidos entre 2010 y 2019.

Se elaboró un listado de palabras clave como: consumo de tabaco, tabaquismo, EPOC, epidemiología, personal de salud y estilo de vida.

VII.b Trabajo de Campo

Se realizó un estudio cuantitativo de carácter descriptivo y corte transversal, valorar el nivel consumo de tabaco y consultar sobre posible diagnóstico de EPOC, que permitió a través de una relación estadística la aproximación ordenada de cada una de las variables: según género, edades, consumo de tabaco, cese del hábito y consumo de diferentes productos sin humo, entre otros; relacionándolas y reconocer si se modifican entre sí. También fueron ponderadas las relaciones entre las variables edad y género.

Los datos fueron recolectados a través de la aplicación de dos cuestionarios auto diligenciado y anónimo.

El instrumento que se utilizó para relevar los niveles de consumo de tabaco llamado "Método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no trasmisibles" (STEPS, por sus siglas en ingles) (Anexo II), elaborado por la OMS y se refiere a la herramienta utilizada para recopilar datos y medir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Se utilizó la versión en español de este cuestionario, disponible en el sitio web oficial de la OMS. Las propiedades de STEPS tienen la particularidad de recoger información acerca de las diferentes dimensiones del consumo de tabaco, es breve, práctico y ha sido puesto a prueba con muestras de sujetos.

Para dar a conocer las posibles alteraciones que puede presentar el personal sanitario a causa del consumo de tabaco, se utilizó la prueba de evaluación de la EPOC (CAT, según sus siglas en inglés) (Anexo III), elaborada por la GOLD y especialmente recomendada para el diagnóstico de la EPOC. Donde demuestra a través de una tabla numérica las alteraciones que se producen en la vida diaria: si el valor es < 10: el impacto es bajo (la mayoría de los días son buenos; la enfermedad impide al paciente hacer una o dos cosas que quería; tos de varios días a la semana); pero si el valor es ≥ 10: el impacto es medio a alto.

VIII. Contexto de análisis

Fueron incluidos: directivo, médico, asistente, enfermeros, técnicos, mucamas, camareras, personal de seguridad y administrativos del NSB, y que manifestaron su participación voluntaria por medio del consentimiento informado (Anexo I) luego de que se les realizó la presentación del proyecto.

IX. Resultados

En el presente estudio se observan las siguientes variables: Consumo de tabaco, abandono del consumo y alteraciones en la vida diaria.

Dado que todos el personal han brindado su colaboración, se ha conseguido alcanzar casi a la totalidad de la población en estudio, por lo que se ha logrado

una estrategia tipo Censo, debido a lo cual los resultados obtenidos son probabilísticos, por lo tanto, completamente relevantes.

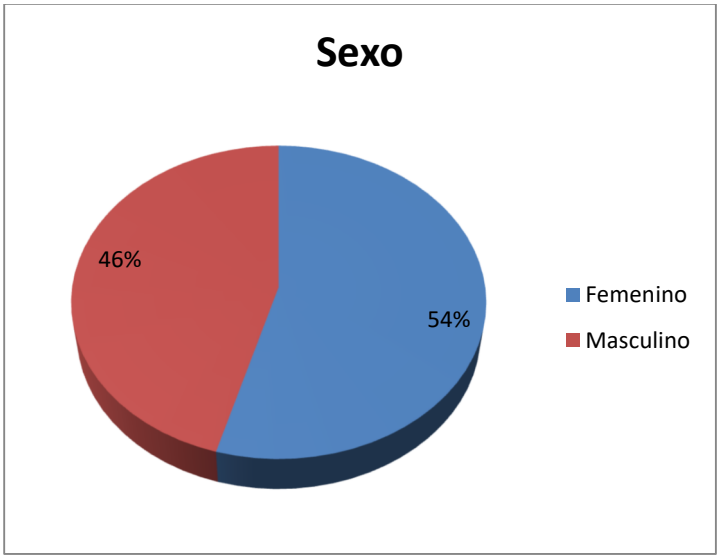
A continuación, se describirán los resultados obtenidos.

IX.a Composición de la Muestra

Se relevaron 2 variables clasificatorias para el personal sanitario, ***Edad*** *y* ***Género***. La muestra total obtenida es de n= 80, se llegó casi a la totalidad del personal, que participaron voluntariamente del estudio. La estrategia muestra fue tipo censo registrar en todo momento la realidad de esta población de la manera más fidedigna posible, dentro de lo que ofrecen las herramientas con las que se ha trabajado.

En cuanto a los estadísticos demográficos, se presenta una proporción de mujeres de un 54 %, frente a un 46 % de hombres.

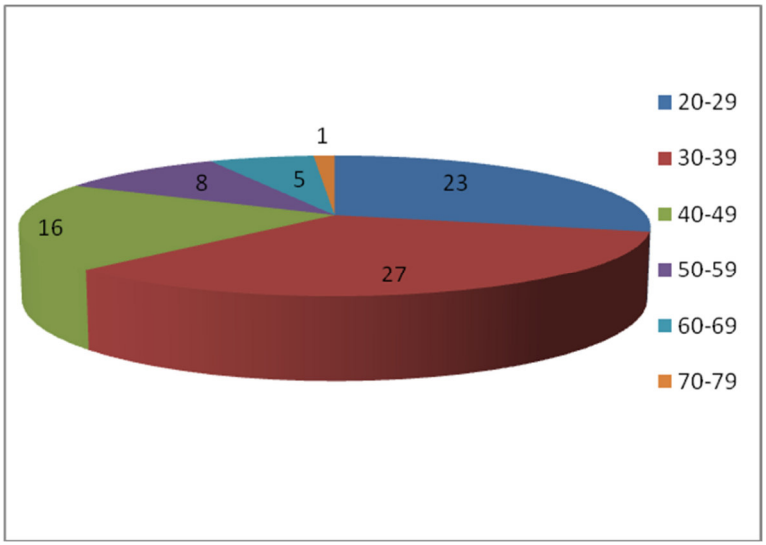
Grafico1. Porcentajes de personas entrevistadas según el género.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

El rango de edades predominante es el de 30 a 39 años, seguido por personas de entre 20 y 29 años y finalmente, quedarían tres grupos mayores de 40 años. Hay que destacar que, más allá de saber que el rango de edad laboral es de 19 a 65 años, aquí se observa personal mayor a 65 años en actividad ya que se refiere a los Directivos de la Institución y Médicos que se desempeñan en otras aéreas fuera de la atención al público.

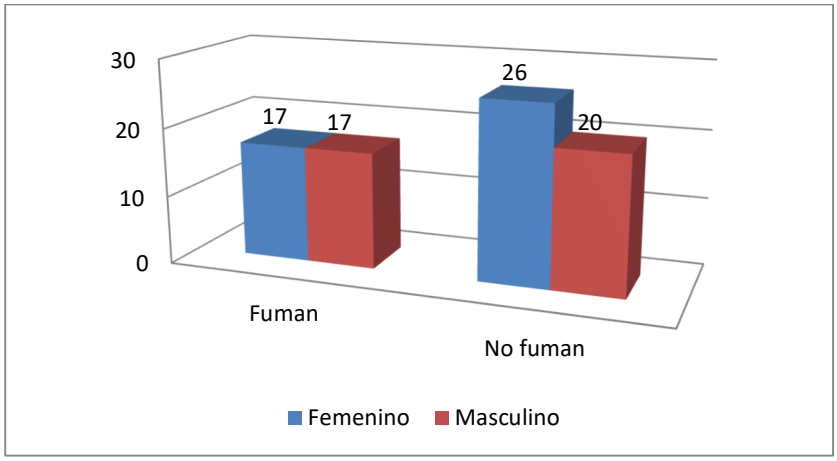
Grafico 2. Edades de los entrevistados.



Por otro lado, podemos diferenciar entre el grupo de fumadores actuales y el grupo de ex fumadores diferenciandolos por género.

Aquí observamos que dentro de los ex fumadores el mayor porcentaje esta formado por el sexo femenino, pero dentro de los fumadores actuales no hay diferencia destacable para remarcar.

Grafico 3. Cantidad de Fumadores actuales y No Fumadores dentro de la Institución encuestada.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b Estadísticas descriptivas

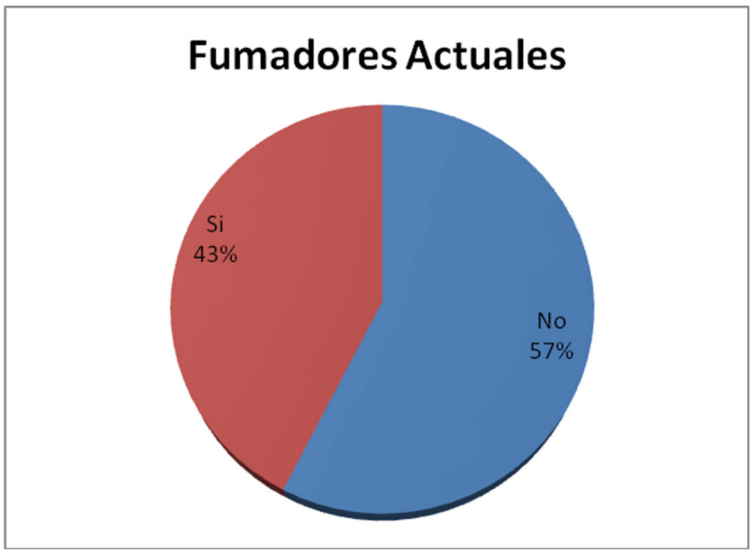
Se describe en este apartado, cómo se distribuyen los valores según el cuestionario STEPS. [46]

IX.b.1 ¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco como cigarrillo, puro o pipa?

El hábito tabáquico comienza a ser parte de la vida diaria de las personas, se cree que es una forma para reducir el estrés o un medio para poder insertarse en un círculo de amistades. Utilizándolo como vehículo para ser aceptado y hasta para demostrar rebeldía ante diferentes autoridades.

Se observa que un 43 % del personal sanitario consume algún producto de tabaco y un 57 % no consume actualmente, este gráfico solo muestra los fumadores actuales.

Grafico 4. Porcentajes de fumadores actuales dentro del NSB.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

Para realizar esta clasificación se ha partido del siguiente criterio:

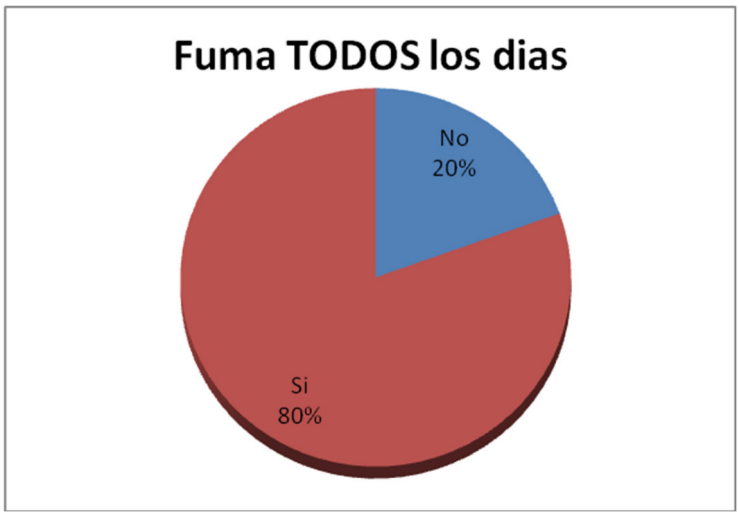
STEPS permite valorar los niveles de consumo de tabaco de los individuos donde especifica si consume o no productos de tabaco actualmente, si consumió en algún momento o si nunca lo ha hecho.

Pero también determina otras cuestiones que son de mucha importancia para tener una estadística del consumo en general.

IX.b.2 ¿Fuma usted actualmente productos de tabaco todos los días?

Por medio de esta pregunta se observa que aquellos individuos que consumen actualmente tabaco lo realizan todos los días, tanto en su lugar de trabajo como en su hogar. Un 80% de la población que consume tabaco lo realiza todos los días. Solo el 20% se considera fumador social ya que lo hace en situaciones de eventos o actividades sociales.

Grafico 5. Cantidad de fumadores actuales que consumen tabaco todos los días.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

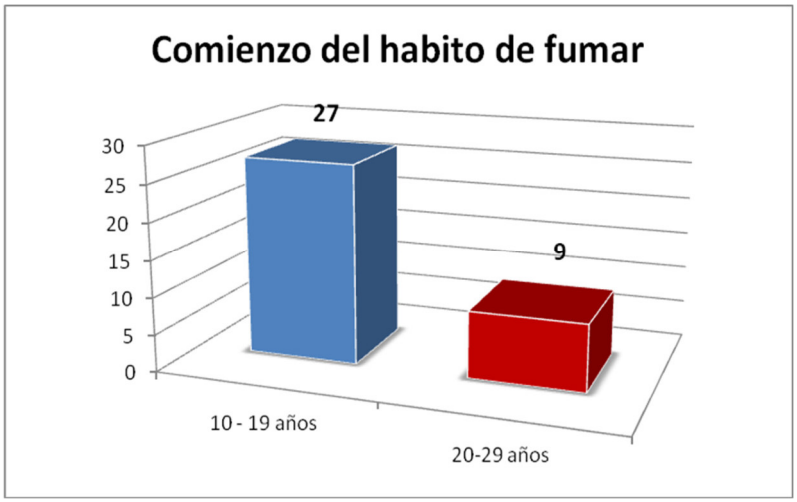
En cuestiones generales se ha encontrado, en esta población, que no hay barreras que pueden dificultar o limitar la práctica del consumo. Aquí no influye la cantidad de horas laborales del personal.

IX.b.3 ¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar?

Al finalizar la recolección de los datos podemos determinar que la edad promedio de comenzar a fumar ronda en los 15 años, por lo cual se observa que todos comenzaron el hábito en la adolescencia.

En esta etapa, surge la necesidad de reducir la dependencia familiar, iniciándose por juego, aceptación social, incorporaciones a grupos sociales, etc.

Grafico 6. Periodos en que comenzaron el hábito de fumar.



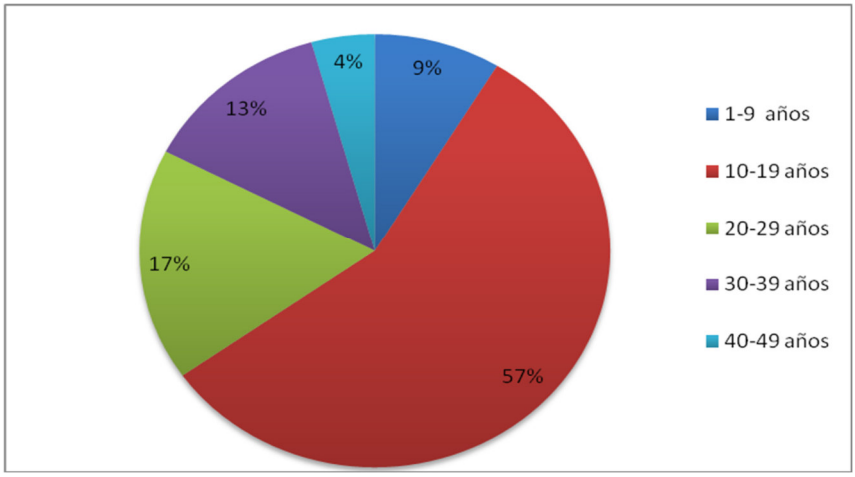
Fuente. Elaboracion propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.4 ¿Recuerda usted hace cuanto tiempo fue?

En el gráfico podemos observar que el 57 % de los entrevistados hace más de 15 años que comenzaron a fuman, seguido por un 17 % que comenzó hace mas de 20 años. Solo el 4% del personal hace más de 40 años que refiere el hábito de fumar.

Esto nos destaca brevemente la edad de los entrevistados que, sin considerar que se encuentran en el ámbito de la salud, son consumidores desde hace tiempo.

Grafico 7. Años transcurridos desde el comienzo del hábito de fumar.

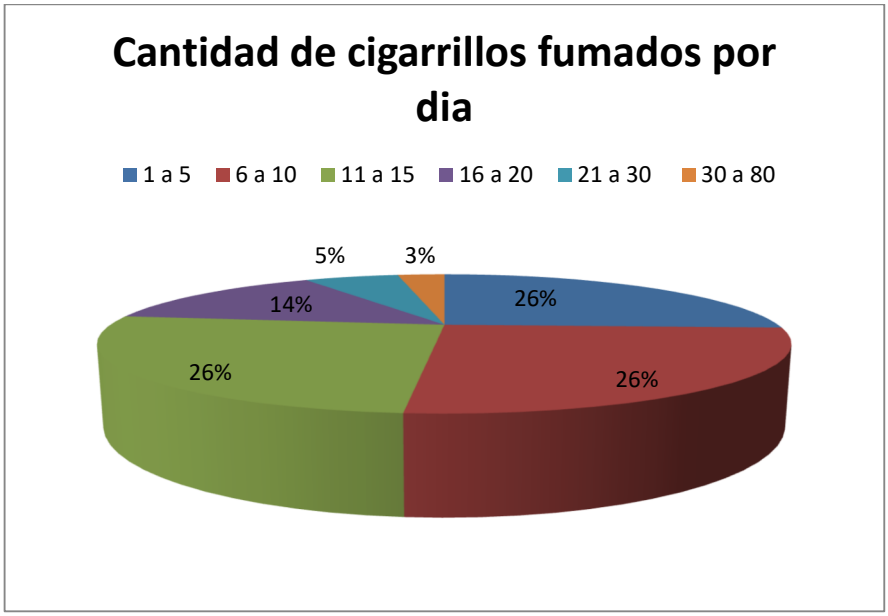


Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.5 En promedio ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día o a la semana?

La cantidad de cigarrillos fumados por día fue de un promedio de 1 a 15. Existe un caso particular que refiere fumar 80 cigarrillos en el transcurso de su día. Muy rara vez vamos a observar un caso tan llamativo como lo fue este.

Grafico 8. Cantidad de cigarrillos fumados por día por los fumadores actuales.



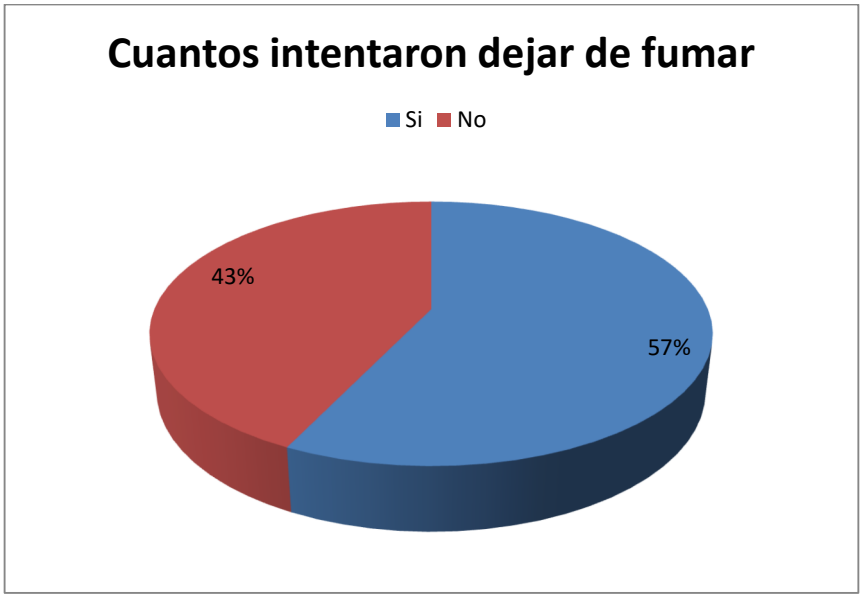
Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

XI.b.6 En los últimos 12 meses ¿ha tratado de dejar de fumar?

El personal sanitario interrogado demuestra que un 57 % no ha intentado dejar de fumar y tan solo 43% lo intentó pero no logró su cometido.

Aquí se deberá investigar el motivo que lleva a los entrevistados a volver a consumir, destacar si es a causa de su entorno social, si es por falta de respecto a los tratamientos farmacológicos más utilizados ó si es por falta de voluntad de la persona.

Grafico 9. Cantidad de entrevistados que intentaron dejar de fumar en el último año.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

Aquí podemos destacar la importancia de un acompañamiento terapéutico para aquellas personas que quieren dejar de fumar y no pueden dejarlo solos. La necesidad de una contención familiar y el acompañamiento día a día en el tratamiento.

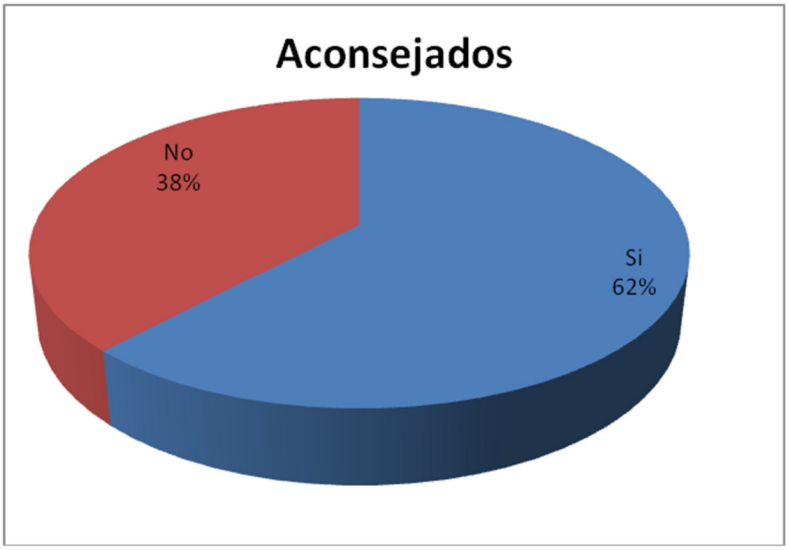
El monitoreo constante de estas personas es esencial para que el tratamiento farmacológico y no farmacológico pueda lograr su cometido.

IX.b.7 En los últimos 12 meses ¿le han aconsejado que deje de fumar en alguna visita al médico u otro agente sanitario?

Un 38% de los entrevistados no fueron desalentados para dejar el hábito y el 62% revela ser aconsejados tanto por médicos, familiares y hasta amigos.

Aquí habrá que evaluar si los médicos no brindaron un mensaje claro o el personal no fue lo suficientemente determinante al hacerlo.

Grafico10. Porcentajes de entrevistados que refieren haber sido o no aconsejados para dejar el consumo de tabaco.

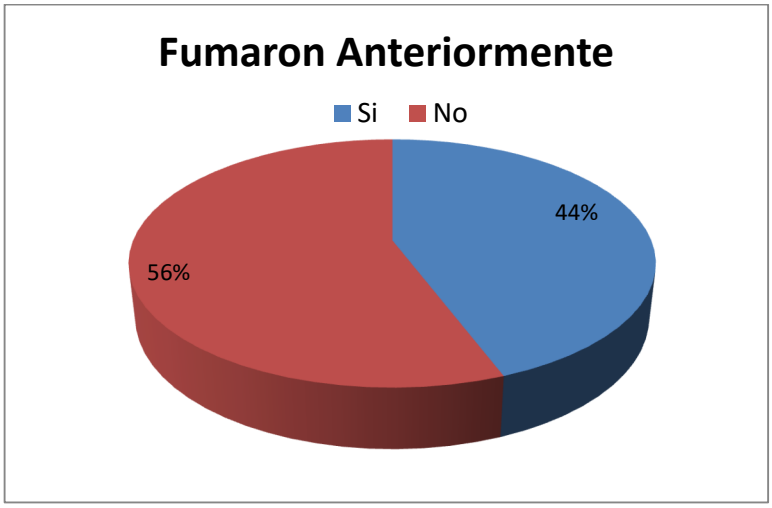


Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.8 ¿Fumó usted anteriormente?

Los porcentajes en este caso no son muy diferentes ya que el 56% no fumaba y el 44% fumaba en ocasiones o hasta intento dejar de fumar en algún momento de su vida.

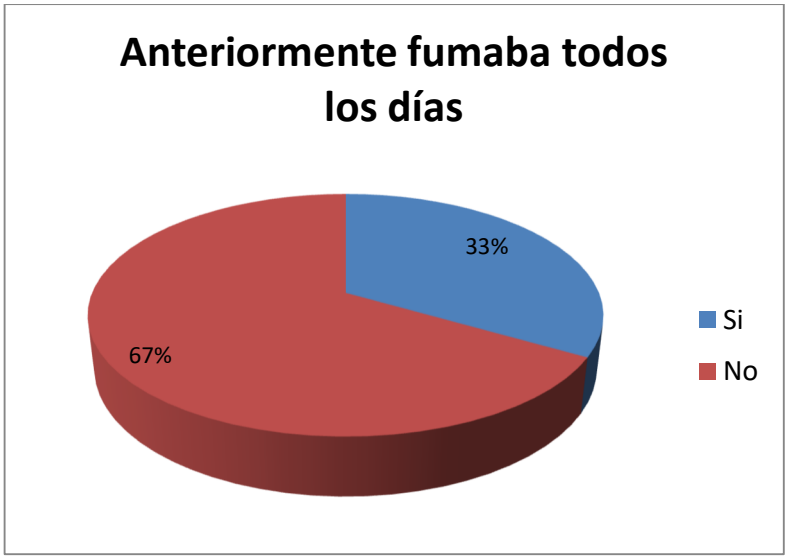
Grafico 11. Porcentajes de entrevistados que refieren haber fumado o no anteriormente.



IX.b.9 Anteriormente ¿llegó usted a fumar todos los días?

Las personas que fumaron en algún momento de su vida refieren que fumaron todos los días pero sin embargo, un 24% no fumaba a diario. Por lo cual, podemos decir que el 12% de los ex fumadores solían fumar a diario.

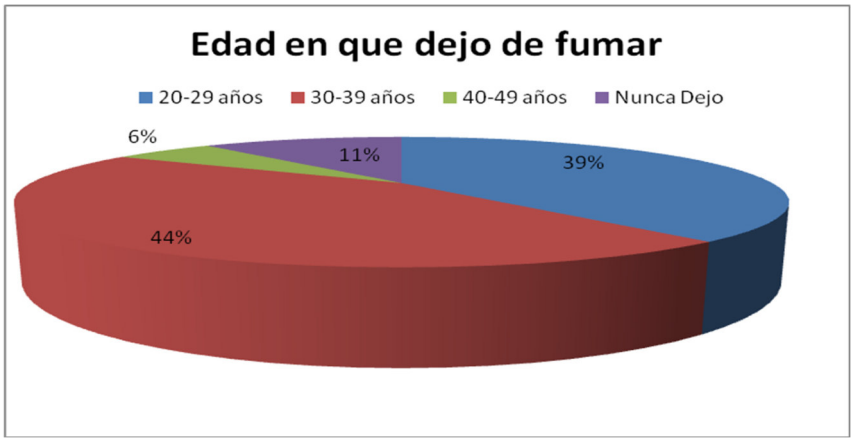
Grafico 12. Porcentajes de entrevistados que refieren



IX.b.10 ¿Qué edad tenía usted cuando dejó de fumar?

Podemos observar que la mayoría de los entrevistados dejaron de fumar entre los 30 y los 39 años, una edad en la cual se empiezan a manifestar los primeros síntomas de una enfermedad ocasionada por el consumo de tabaco. Entre ellos, encontramos la tos y expectoración matutina y hasta la dificultad respiratoria durante la realización de alguna actividad física.

Grafico 13. Periodos en que dejaron de fumar los entrevistados.

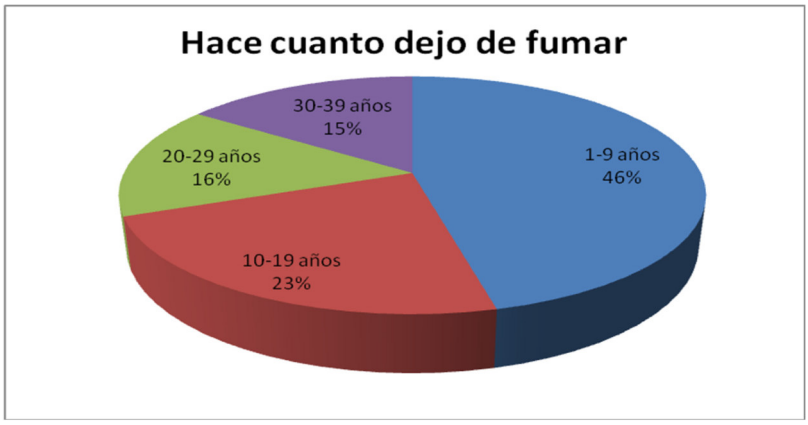


IX.b.11 ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?

Como podemos observar, el 46% de la población sanitaria que deja el hábito tabáquico lo hizo no hace más de 10 años. Y un 15 %lo hizo hace más de 30 años.

A todos los entrevistados que refieren haber dejado de fumar ya se consideran ex tabaquistas lo cual no los excluye de presentar alguna enfermedad relacionada al tabaquismo.

Grafico 14. Porcentajes de periodos donde reflejan el tiempo que hace que dejaron el hábito los actuales ex fumadores.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

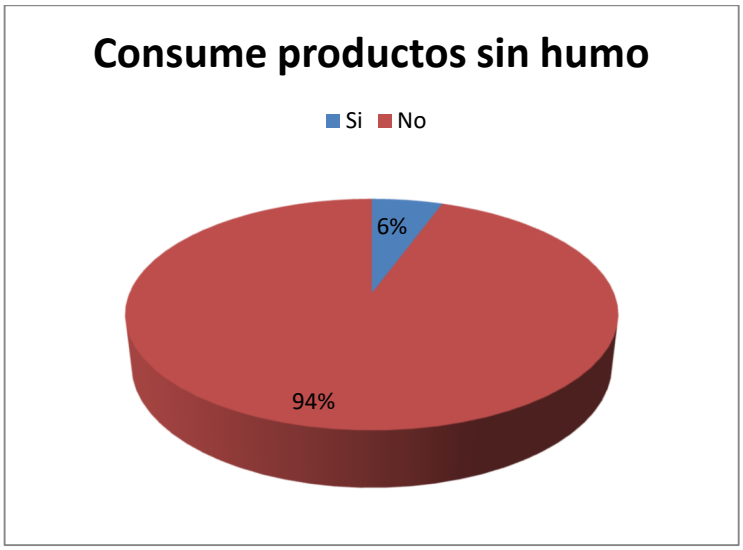
IX.b.12 ¿Consume usted actualmente algún productos de tabaco sin humo todos los días?

Cuando hablamos de productos sin humo hacemos referencia a el Rapé (tabaco en polvo), tabaco de mascar ó Betel (es una mezcla de nuez de areca triturada con tabaco y especias). El 94% de los encuestados no conoce los productos sin humo para el consumo diario.

El tabaco sin humo libera nicotina, se conoce que una bolsita de tamaño promedio colocada entre la mejilla y la encía durante 30 minutos genera casi la misma cantidad de nicotina que tres o cuatro cigarrillos y el uso de dos latas de rapé por semana equivale a la misma cantidad de nicotina inhalada por alguien que fuma un paquete y medio de cigarrillo al día.

La nicotina que se libera del tabaco sin humo se absorbe a través de los tejidos de la boca sin necesidad de que la persona lo trague.

Grafico 15. Porcentajes de entrevistados que consumen algún producto sin humo.

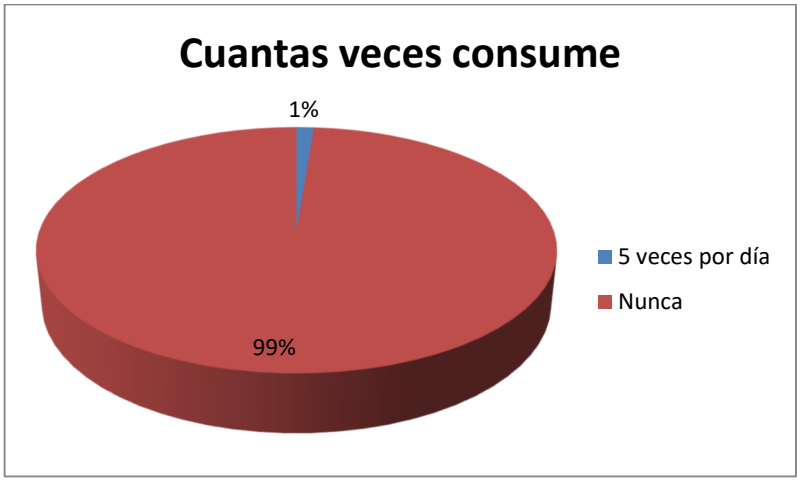


Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.13 En promedio ¿Cuántas veces al día o a la semana consume usted?

Como se observa en la pregunta anterior, solo el 1% de los encuestados lo realiza 5 veces al día y, en este caso, el producto que utiliza es tabaco de mascar que viene en hojas sueltas, rollos o trenzados que deben mascarse para liberar la nicotina.

Grafico 16. Porcentajes de entrevistados que consumen algún producto de tabaco sin humo por día.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.14 Anteriormente ¿Consumió usted algún producto de tabaco sin humo?

Los resultados obtenidos, reflejan la falta de información respecto a los productos sin humo que existen en el mercado para su consumo.

Dentro de los entrevistados, 61 personas refieren nunca haber consumido algún producto sin humo por falta de información y solo el 2 lo hace esporádicamente.

Grafico 17. Cantidad de entrevistados que consumió producto de tabaco sin humo.

Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.15 Anteriormente ¿Consumió usted algún producto de tabaco sin humo todos los días?

Estos resultados acompañan a la pregunta anteriormente mencionada donde el personal sanitario no consume productos sin humos por falta de información de los mismos.

Grafico 18. Cantidad de entrevistados que refieren haber consumido algún producto de tabaco sin humo todos los días.

Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.16 En los últimos 30 días ¿alguien fumó en casa de usted?

Dentro de los entrevistados se destaca que el 55% tienen el hábito de fumar en su domicilio que puede ser tanto de ellos como de algún familiar. El tabaquismo pasivo es consecuencia directa de que personas no fumadores respiren el humo del tabaco producido por los fumadores tanto al quemarse el cigarrillo como al exhalar el humo.

De hecho, la OMS ha establecido que no existe un nivel inocuo de exposición al humo del tabaco y que la única manera de protegerse de sus efectos nocivos para la salud es crear ambientes totalmente libre de humos. Ésta es la razón por la que las leyes actuales sobre el tabaco prohíben fumar en lugares públicos cerrados.

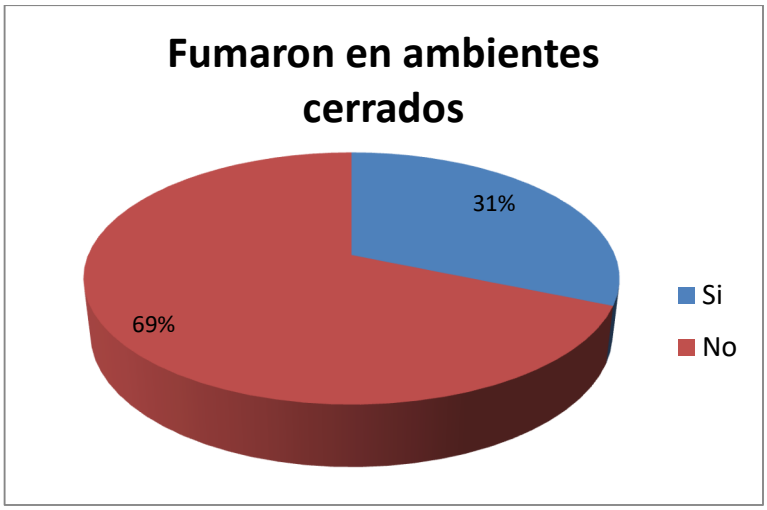
Grafico 19. Porcentajes de entrevistados que refieren en el último mes haber

Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

IX.b.17 En los últimos 30 días ¿Alguien fumó en los locales cerrados de su centro de trabajo?

Como podemos observar, el 69% de los entrevistados reflejan que, en su sector, no se permite fumar dejando a la vista que un 31% todavía no respeta los espacios libres de humo que debería existir en las instituciones de salud.

Grafico 20. Porcentajes de individuos que fuman en espacios cerrados.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

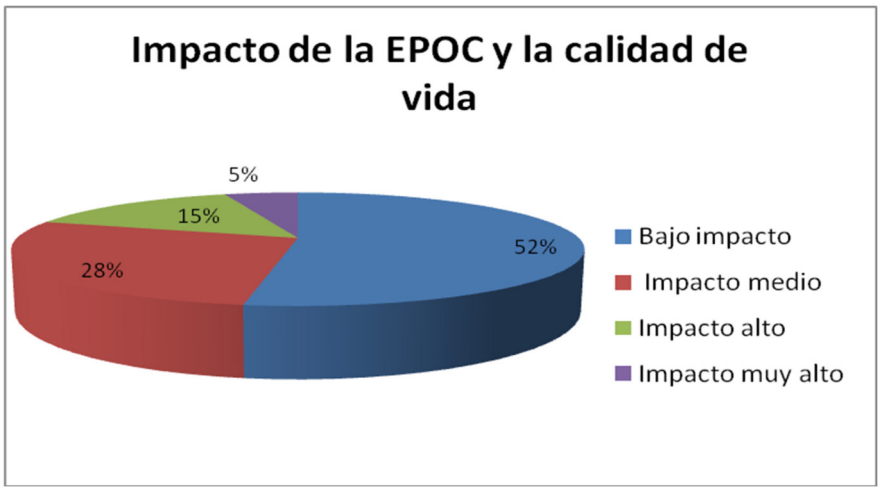
IX.c Impacto de la EPOC y calidad de vida

Las dimensiones que valora el CAT se muestran a través de los 8 ítems, 4 valoran síntomas relativos a la disnea, la tos y la expectoración, y el resto se refieren a limitaciones para las actividades de la vida diaria y sobre el sueño. Las puntuaciones de cada apartado se gradúan entre 0 (nunca toso) y 5 puntos (siempre estoy tosiendo). La suma obtiene una puntuación total que puede ir desde 0 (mejor percepción de la calidad de vida) hasta 40 puntos (peor percepción de la calidad de vida).

Los puntajes reflejan:

- ✓ Bajo impacto (1-10 puntos): la mayoría de los días son días buenos, pero la EPOC es la causa de alguna de sus limitaciones.
- ✓ Impacto medio (11-20 puntos): existen pocos días buenos en una semana y la EPOC es uno de los principales problemas del paciente.
- ✓ Impacto alto (21-30 puntos): no hay días buenos en una semana y la EPOC es el problema más importante.
- ✓ Impacto muy alto (31-40 puntos): la limitación que produce la enfermedad es máxima.

Grafico 21. Porcentajes de entrevistados según impacto en la calidad de vida.



Fuente. Elaboración propia en base a la recolección de datos mediante entrevistas. Año 2019.

Dentro de los 80 entrevistados se discrimino aquellos que nunca fumaron y la muestra fue basada en el personal fumador, incluyendo fumadores actuales y ex fumadores.

Como podemos observar, el bajo impacto en la calidad de vida de los entrevistados es el que más predomina pero hay que destacar la presencia de 4 entrevistados que se encuentran en un nivel muy alto del impacto de su calidad de vida.

Por último, dentro de la muestra se encontraron 7 entrevistados que presentan diagnóstico médico de la EPOC y refieren estar en tratamiento farmacológico, pero no se encuentran actualmente en RR acorde a su estadio de la enfermedad.

X. Conclusión

El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de enfermedades crónicas no trasmisibles. Una de estas es la EPOC, que es una enfermedad caracterizada por limitación del flujo aéreo, habitualmente progresiva, de respuesta inflamatoria a partículas o gases nocivos, entre ellos, el humo del cigarrillo. Las limitaciones generadas por la patología provocan un deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen.

Es por ello, que este estudio busca conocer, a través de las encuestas STEPS y CAT, la prevalencia del consumo de tabaco, las alteraciones en la calidad de vida de aquellos consumidores de tabaco y la existencia de diagnóstico de la EPOC en el personal del NSB.

De acuerdo a los datos obtenidos en el mismo, el personal fumador que trabajan en dicha institución, muestra un nivel de consumo de tabaco alto del 43%, no encontrándose diferencias entre géneros, siendo 50% tanto en hombres como mujeres. Los fumadores activos actuales refieren haber comenzado el hábito entre los 10 a 19 años de edad, y la mayoría asegura consumir entre 10 a 15 cigarrillos por día.

En cuanto a los espacios elegidos para fumar, el 55% expresa que lo realiza dentro de su domicilio, lo que convierte a sus allegados en fumadores pasivos; mientras que el 31% no respeta los espacios libres de humo.

Del total de la muestra, el 38% de los fumadores expresan no haber recibido recomendación por parte del profesional médico para dejar el consumo, aunque no está claro si no lo recibió o el profesional no fue lo suficientemente determinante al hacerlo.

Se observa además que un 57% ha intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses, mientras que el 43% de los fumadores actuales no tienen pensado dejar el hábito, generando así mayor daño pulmonar.

En cuanto al impacto de la EPOC y la calidad de vida el cuestionario demuestra diferentes niveles de alteraciones, según la GOLD, el 52,5% de los entrevistados presentan un nivel bajo, el 27,5% presentan un nivel medio, el 15% un nivel alto y, por último, un 5% un nivel muy alto. Dentro de los mismos, existen 7 entrevistados que mencionaron estar en tratamiento farmacológico de la enfermedad.

En la literatura revisada se han encontrado un número considerado de trabajos que utilizan el STEPS para relevar el consumo de tabaco en diferentes áreas, entre ellas, la de los trabajadores de la sanidad, como así también el cuestionario CAT para el diagnóstico de la enfermedad.

En estudios realizados en Argentina, las tendencias observadas en el personal sanitario muestran un alto nivel de consumo de tabaco. Por otro lado, fue muy limitado el número de trabajos encontrados que analicen el tratamiento de la EPOC según los diferentes estadios. Dentro de los estudios encontrados, se hace hincapié solo a las fases estable y avanzada respectivamente, en las cuales se sugiere una serie de tratamientos para las mismas.

Como tratamiento se pueden nombrar el farmacológico, exclusivamente médico, y el kinésico, donde el rol del kinesiólogo es fundamental para disminuir la sintomatología y brindarle al paciente una mejor calidad de vida. Entre los mismos podemos nombrar: acondicionamiento físico, patrones respiratorios de resistencia, ventilaciones mecánicas no invasiva, CPAP, mantenimiento de la autonomía y cuidados paliativos en una fase terminal.

Este trabajo pretende constituirse en punto de partida para generar herramientas y elaborar futuras acciones tendientes a profundizar en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y fomentar un estilo de vida saludable. También proponer un espacio de charla en los centros de salud para el personal que los conforman, para la concientización sobre cuestiones relacionadas a la calidad de vida saludable y las alteraciones que produce el consumo de tabaco, y poder implementar a futuro, un protocolo de rehabilitación según estadios de la EPOC, para generar así una herramienta práctica para los kinesiólogos que trabajen en rehabilitación respiratoria.

XI. Bibliografía

1. Organizacion Mundial de la Salud. OMS. [Online]. [cited 2018 Marzo 8. Disponible en: https://www.who.int/topics/tobacco/es/ .
2. Zylbersztejn, Horacio M.; Cardone, Alberto; Vainstein, Nora; Mulassi, Andrés; Calderón, José G.. Tabaquismo en médicos de la República Argentina. Revista Argentina de Cardiología. 2007 Abril; 75(2).
3. Sociedad Argentina de Cardiologia. Sociedad Argentina de Cardiologia. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 8. Disponible en: https://www.sac.org.ar/institucional/tabaquismo-impacto-y-riesgos-de-una-epidemia-que-afecta-a-la-poblacion/ .
4. G. MdlÁR. Los profesionales de la salud y la prevención. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2010 Abril; 28(1).
5. Judy Kruger, Alissa O'Halloran y Abby Rosenthal. Evaluación del cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica del Servicio de Salud Pública de EE. UU. Para el tabaco por parte de médicos de atención primaria. Kruger et al. Harm Reduction Journal. 2015 Febrero.
6. Ministerio de Salud. Tabquismo en Adultos. Encuesta Mundial. Buenos Aires: OPS, Indec, Ministerio de Salud, Salud; 2015. Report No.: ISBN N°978-950-38-0143-7.
7. Carmona RE. Patología y Clinica de las Enfermedades respiratorias. Segunda Edicion ed. Mexico: Instituto Politecnico Nacional; 2008.
8. Juliana Teixeira do CarmoI; Antônio Andrés-PueyoII; Esther Álvarez LópezII. La evolución del concepto de tabaquismo. .
9. MicheleMouttapaChih-PingChouElaheNezamiC.Anderson JohnsonPaula H.PalmerStevenCenPeggyGallaherAnamaraRitt-OlsonStanleyAzenJennifer B.Unger. Hostilidad, síntomas depresivos y tabaquismo en la adolescencia temprana. Revista Adolescencia. 2015 Febrero; 28(1).
10. Dra. Ascanio, Selene; Dra. García, Triana; Dra. Gómez, Elisa; Dr. González, Gabriel. Abordaje del Tabaquismo. Manual Nacional. Uruguay:, Salud Publica; 2015.
11. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/ .

12. Comorbilidad y hábito tabáquico en pacientes atendidos en servicios de medicina integral. Galicia Clinica. 2014 Mayo; 75(3).

13. Ana Moreno Coutiño, María Elena Medina,Mora Icaza. Tabaquismo y Depresión. Salud mental. 2008; 31(5).

14. Puerto-Nevado, Laura del; Pérez-Rial, Sandra; Girón-Martínez, Álvaro; Peces-Barba, Germán. Papel de la inflamación en la etiopatogenia de la EPOC. Archivos de bronconeumología. 2010 Diciembre; 36(1).

15. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2019 [cited 2018 Marzo 8. Disponible en:https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

16. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Encuesta Nacional. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos ; 2019. Report No.: ISBN 978-950-896-542-4.

17. Ley 26.687 Tabaco. 2011..

18. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2019 [cited 2018 Marzo 8. Disponible en:https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/event/es/

19. Organizacion Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto. Disponible en: https://www.who.int/respiratory/copd/es/

20. Alvar Agusti; Bartolome Celli; Rongchang Chen; Gerard Criner;Peter Frith. Iniciativa Mundial para la Enfermedad Plmonar Obructiva Cónica. 2019th ed. Hadfield R, Hess M, editors. USA; 2019.

21. West J. Fisiologia Pulmonar. Sexta Edición ed. Dvorkin DM, editor.: Panamericana; 2003.

22. West, Jhon; Luk, Andrew. Fisiopatologia Pulmonar. 9th ed. Estrada K, editor. Barcelona; 2017.

23. Alejandra Ramírez-Venegas, Raúl H. Sansores. Guías para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva. Neumol Cir Torax. 2012; 71(1).

24. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Atención integral al paciente con EPOC. Guia de Practica Clinica. Barcelona:; 2010. Report No.: ISBN:978-84-96761-93-3.

25. Alejandro J. Videla, Brunilda Casetta, Alejandra Alcuaz y Gastón Perman. Guia Practica Clinica Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. Guia Practica. Buenos Aires:, Departamento de salud; 2015.

26. EPOC de tratamiento ambulatorio. Guia Clinica AUGE. Santiago de Chile:, Subsecretaria de Salud; 2013.

27. Papadakis, M. — McPhee, S. Manuale de Diagnostico Clinico y Tratamiento. 56th ed. España: MCGRAW-HILL DE ESPAÑA, S.A.; 2017.

28. Echave-Sustaeta JM, Villena Garrido MV, Pérez González V. Nuevos avances en el tratamiento de la EPOC. 2012 Octubre; 26(2).

29. J. Fernández Guerra, J.M. García Jiménez, F. Marín Sánchez. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tratamiento en fase estable. ; 2010.

30. M AU. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile. 2010 MARZO; 138(3).

31. Germán Peces-Barbaa,Joan Albert Barberà,Àlvar Agust, Ciro Casanova. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico. 2010..

32. V. Almadana Pacheco, A.P. Gómez-Bastero Fernández, M. Pavón Masa, C. Romero Muñoz, A.M. Muñiz Rodríguez, T. Montemayor Rubio. Cambios en actividad física tras un programa de rehabilitación respiratoria en EPOC. Rev Esp Patol Torac. 2016 Junio.

33. Francisco Arancibia H. y Juana Pavié G. Congreso Chileno de Rehabilitación Respiratoria en paciente con EPOC. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2011 Junio; 27(2).

34. Martin Sivori, Roberto Benzo, Edgardo Rhodiuo, Enrique Jolly, Clarisa Boim, Marcela. Congreso Argentino de Rehabilitación Respiratoria. Medicina. 2010; Volumen 64(4).

35. Manuel Mirón Rubio Pere Almagro Mena Emma Folch Ferré Salud Santos Pérez Anna Solé Tresserres. Protocolo Manejo de la exacerbación de la EPOC en hospitalización a domicilio. Sociedad Española de Medicina Integral. 2009.

36. Katherine Marín D, Rebeca Laude P. y Cecilia Morales D. Entrenamiento físico y educación como parte de rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC. Rev Chilena Enfermedades Respiratorias. 2008.

37. Fernado Saldías P. y Orlando Díaz P. Bases fisiopatológicas del entrenamiento muscular en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. 2011 Junio; 27(2).

38. MaríaRosaGüellRous,SalvadorDíazLobato,GemaRodríguezTrigoc,Fátima MoranteVéleza,MartaSanMigueld,PilarCejudoe,FranciscoOrtegaRuize,Ale jandroMu˜nozf,JuanBautistaGaldizIturrig,AlmudenaGarcíahyEmilioServer a. Rehabilitacion Respiratoria. ArchBronconeumol. 2014; 50(8).

39. J. González-Bermejo. Prefaut K. Chaory P. Conil J. Jennequin C. Dubreuil B. Lirsac. Tratamientos físicos en la rehabilitación del paciente atendido de EPOC. 2008; 22(5).

40. P. de Lucas Ramos y J.M. Rodríguez González-Moro. Rehabilitación de los músculos respiratorios en la EPOC. Serie sobre enfermedades respiratorias, músculos y rehabilitación. Madrid:, Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

41. Klgo. Iván Rodríguez; Dr. Daniel Zenteno. Ventilación no invasiva como coadyuvante al ejercicio en pacientes con enfermedades respiratorias cronicas: efectors fisiologicos e implicancia clinica. Neumonologia pediatrica. 2014.

42. Estévez CR. Resumen de la "guía de práctica clínica EPOC(SEPAR-SEMFYC, 2010)". Grupo de respiratorio de AGAMFEC. 2010; 17.

43. Asociacion LatinoAmericana de Torax. Recomendaciones para el Diagnostico y Tratamiento de la EPOC. Epidemiologia de Uruguay; Brazil y Argentina. Caracas:; 2011.

44. Mª Luisa Fernández Ruiz y Marciano Sánchez Bayle. Prevalencia de consumo de tabaco entre las m{edicas y enfermeras de la comunidad de Madrid. Revista Española de Salud Publica. ; 73(3).

45. Álvarez Bernárdez, Alejandra Marta; Delgado, Ana Laura; Ripoli, Mario; Nápoli, Mónica. Prevalencia de tabaquismo en el personal del Hospital Santojanni. Buenos Aires:; 2013.

46. Organizacion Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto [El Instrumento STEPS y materiales de apoyo]. Disponible en: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/es/ .

Anexos

Anexo I

Consentimiento Informado

Yo,…….……, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación "PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN EL NUEVO SANATORIO BERAZATEGUI", dirigida por el Licenciado Marcelo Fierro, y ejecutada por la alumna del último año de la Carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría Gómez Gisela Beatriz (investigadora) de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder sobre mis conductas frente al consumo de tabaco, a realizarse en el Centro de Salud del Nuevo Sanatorio Berazategui.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por la investigadora y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada profesional de modo personal.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

…… ……

Firma Firma del investigador

Anexo II

CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de tabaco		
Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el consumo de tabaco		
Pregunta	Repuesta	Clave
¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, puros o pipa?	Sí 1 No 2 *Si la respuesta es «No», pase a T8*	T1
¿Fuma usted actualmente productos de tabaco todos los días?	Sí 1 No 2	T2
¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar?	Edad (en años) └─┴─┘ *Si sabe cuándo, pase a T5a/T5aw* No sabe 77	T3
¿Recuerda usted hace cuánto tiempo fue?	En años └─┴─┘ *Si sabe cuándo, pase a T5a/T5aw*	T4a
	O BIEN en meses └─┴─┘ *Si sabe cuándo, pase a T5a/T5aw*	T4b
No sabe 77	O BIEN en semanas └─┴─┘	T4c
En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma usted al día o a la semana?	A DIARIO↓ SEMANALMENTE↓	
	Cigarrillos fabricados └─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘	T5a/T5aw
	Cigarrillos liados a mano └─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘	T5b/T5bw
	Pipas llenas └─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘	T5c/T5cw
	Puros, puritos └─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘	T5d/T5dw

No sabe 7777	Número de sesiones de pipa de agua (sisha) ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_	T5e/T5ew
	Otro ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_ *Si la respuesta es «Otro», pasar a T5other; de lo contrario, continúe con T6*	T5f/T5fw
	Otro (sírvase especificar): ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	T5other / T5other w
En los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar?	Sí 1 No 2	T6
En los últimos 12 meses, ¿le han aconsejado que deje de fumar en alguna visita al médico u otro agente sanitario?	Sí 1 *Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9* No 2 *Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9* No ha visitado a ningún médico o agente sanitario en los últimos 12 meses 3 *Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9*	T7
¿Fumó usted anteriormente?	Sí 1 No 2 *Si la respuesta es «No», pase a T12*	T8
¿Anteriormente llegó usted a fumar todos los días?	Sí 1 *Si la respuesta a T1 es «Sí», pase a T12; de no ser así, continúe con T10* No 2 *Si la respuesta a T1 es «Sí», pase a T12; de no ser así, continúe con T10*	T9

CUESTIONARIO AMPLIADO: Consumo de tabaco		
Pregunta	Respuesta	Clave
¿Qué edad tenía usted cuando dejó de fumar?	Edad (en años) └┴┘ *Si sabe cuándo, pase a T12* No sabe 77	T10
¿Hace cuánto tiempo dejó usted de fumar?	Años └┴┘ *Si sabe cuándo, pase a T12*	T11a
	O BIEN Meses └┴┘ *Si sabe cuándo, pase a T12*	T11b
No sabe 77	O BIEN Semanas └┴┘	T11c
¿Consume usted actualmente algún producto de tabaco sin humo, como [rapé, tabaco de mascar, betel]?	Sí 1 No 2*Si la respuesta es «No», pase a T15*	T12
¿Consume usted actualmente productos de tabaco sin humo todos los días?	Sí 1 No 2*Si la respuesta es «No», pase a T14aw*	T13

	A DIARIO↓ SEMANALMENTE↓	
	Rapé, por la boca └┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┘	T14a/ T14aw
	Rapé por la nariz └┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┘	T14b/ T14bw
En promedio, ¿cuántas veces al día o a la semana consume usted...?	Tabaco de mascar └┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┘	T14c/ T14cw
	Mascada de betel └┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┘	T14d/ T14dw
No sabe 7777	Otro └┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┘ *Si la respuesta es «Otro», pasar a T14other; si la respuesta a T13 es «No», pase a T16; de lo contrario, continúe con T6*	T14e/ T14ew
	Otro (sírvase especificar): └┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┘ *Si la respuesta a*	T14oth

		T13 es «No», pase a T16; de lo contrario, continúe	er/ T14other
¿Anteriormente consumió usted algún producto de tabaco sin humo, como [rapé, tabaco de mascar, betel]?	Sí No	1 2 *Si la respuesta es «No», pase a T17*	T15
¿Anteriormente consumió usted algún producto de tabaco sin humo, como [rapé, tabaco de mascar, betel] todos los días?	Sí No	1 2	T16
En los últimos 30 días, ¿alguien fumó en casa de usted?	Sí No	1 2	T17
En los últimos 30 días, ¿alguien fumó en los locales cerrados de su centro de trabajo (ya sea el	Sí No	1 2	T18

edificio, la zona de trabajo o una oficina)?		

Anexo III

Cuestionario CAT

Nunca toso	0 1 2 3 4 5	Siempre estoy tosiendo	
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0 1 2 3 4 5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)	
No siento ninguna opresión en el pecho	0 1 2 3 4 5	Siento mucha opresión en el pecho	
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	0 1 2 3 4 5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire	
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0 1 2 3 4 5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0 1 2 3 4 5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco	
Duermo sin problemas	0 1 2 3 4 5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	
Tengo mucha energía	0 1 2 3 4 5	No tengo ninguna energía	

COPYRIGHTED MATERIAL - DEMO COPY OF