



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela

Facultad de Medicina

Universidad de la República

CONOCIMIENTOS DE LAS USUARIAS DE HOSPITALES PÚBLICOS
SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL USO DE TABACO, URUGUAY 2017

Monografía

Integrantes:

Santiago David Fontao Tejera
Katherin Vanesa Monzón Mezquita
Juan Carlos Areán Mederos
Juan Andrés Albistur Gariglio
Nicolás Hernán Olmedo Méndez
Ismael Melamed Martin

Orientadoras:

Prof. Agda. Dra. María Laura Llambí PhD,
Asistente Dra. Antonella Pippo

Institución: Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas – Clínica Médica “A” -

Facultad de Medicina

Ciclo de Metodología Científica II – 2017 Número de grupo 29

ÍNDICE

Resumen	3
1. Introducción	4-6
1.1 Enfermedades tabaco dependientes en el género femenino	6-8
1.2 Tabaquismo durante el embarazo y sus consecuencias	8-9
2. Objetivos	10
3. Metodología	10
3.1 Diseño	10
3.2 Población	10
3.3 Variables de estudio	10
3.4 Recolección de datos	10-11
3.5 Análisis estadístico	11
3.6 Aspectos éticos y normativos	11
4. Resultados	12-16
5. Conclusiones y perspectivas	16
6. Agradecimientos	17
7. Bibliografía	18-22
8. Anexos	23
8.1 Formulario de consentimiento informado	23
8.2 Formulario de información al paciente	24
8.3 Cuestionario	25-26
8.4 Cronograma	27
8.5 Aprobación del Comité de Ética del Hospital Pereira Rossell	28
8.6 Aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas	29

Resumen

Introducción. El consumo de tabaco en la mujer creció progresivamente a través de las décadas del siglo XX a nivel mundial ¹. Según últimos registros nacionales brindados por la encuesta Global Adult Tobacco Survey (GATS) realizada en 2009, el 19,8% de las mujeres mayores de 15 años fuma ². La prevalencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias ha incrementado significativamente en dicho género. Sin embargo, existen un gran número de otras patologías tabaco dependientes específicas de la mujer sobre las cuales hay menos difusión en la comunidad. **Objetivo.** Determinar el grado de conocimiento sobre estas enfermedades en pacientes cursando internación en sala de las Clínicas Ginecológicas “A” y “C” del Hospital Pereira Rossell y “B” del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en el periodo comprendido entre julio – agosto de 2017. **Materiales y métodos.** Estudio de tipo descriptivo observacional obteniéndose los datos por medio una encuesta con formato formulario compuesto por preguntas múltiple opción. **Resultados.** 196 pacientes respondieron el cuestionario. El porcentaje de tabaquistas fue de 30,6%. El nivel de instrucción predominante fue el secundaria incompleta con el 59%. Las patologías tabaco-dependiente más reconocidas fueron las de naturaleza neoplásica (68,36%) y respiratorias (64,80%), siendo las gineco-obstétricas sólo un 16,32%. **Conclusiones.** Existe un desconocimiento en cuanto a patologías distintas a las respiratorias y neoplásicas, principalmente las cardiovasculares en la muestra analizada. **Palabras claves:** Tabaquismo, Mujer, Género, Embarazo, Uruguay.

Abstract

Introduction. Smoking in women increased steadily over the decades of the 20th century worldwide ¹. According to the latest national records provided by the survey Global Adult Tobacco Survey (GATS) conducted in 2009, 19.8% of older women 15 years old smoke ². The prevalence of heart and respiratory diseases has been significantly increased in that gender. However, there are a large number of other specific tobacco-dependent pathologies for which there is less diffusion among the community. **Objective.** To determine the level of knowledge about these diseases in patients attending inpatients in the Gynecological Clinics "A" and "C" of the Hospital Pereira Rossell and "B" of the Clinical Hospital Dr. Manuel Quintela in the period comprised between July and August 2017. **Materials and methods.** Study of descriptive observational type obtaining the data by means of a survey composed by multiple choice questions. **Results.** 196 patients answered the questionnaire. The percentage of smokers was 30.6%. The predominant level of instruction was incomplete secondary school with 59%. The most recognized tobacco-dependent pathologies were neoplastic (68,36%) and respiratory (64,80%), being the gineco-obstetric only 36,13%. **Conclusions.** Little knowledge regarding different pathologies other than respiratory and neoplastic mainly vascular and heart disease. **Key words:** Smoking, women, gender, Pregnancy, Uruguay.

1. Introducción

Uruguay junto con otros 167 estados ratificaron el Convenio Marco para Control del Tabaco (CMCT) adoptado por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud en 2003, siendo uno de los primeros países firmantes de esta estrategia, que constituye el primer tratado de salud pública mundial. El objetivo del mismo es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo y exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes ³. Con el objetivo de evaluar la eficacia de las políticas claves del CMCT, se llevó a cabo el Informe Nacional del Estudio ITC (International Tobacco Control) Uruguay, actualizado por última vez en 2014. Este último aportó resultados promisorios, entre los cuales se encuentran: el crecimiento de una opinión negativa frente al uso de tabaco, así como la receptividad a campañas de educación y concientización y también la aprobación del endurecimiento de las políticas que limiten la venta y publicidad de los productos de tabaco.

La encuesta GATS ha aportado datos sobre el consumo de tabaco en nuestro país, entre los cuales se destacan: el consumo de tabaco en mayores de 15 años es aproximadamente del 25% (30,7% en hombres y 19,8% mujeres) y la cesación del consumo de tabaco es una tendencia habitual entre los fumadores (8 de cada 10 han pensado en dejar de fumar). En cuanto a los conocimientos y percepción sobre el mismo el 97% de los adultos creen que fumar causa enfermedades serias ².

Datos más actuales en Uruguay, brindados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) demuestran que la prevalencia de fumadores es del 22%, algo menor a lo recabado un poco antes por la encuesta GATS. Al considerar el sexo de los encuestados, el 17,9% de las mujeres y el 27% de los hombres son fumadores ⁵, observándose la misma tendencia descendente en ambos sexos desde 2011, en el cual el 28,8% de los hombres declaraba fumar contra el 19,5% de las mujeres ⁶.

Por otra parte, la Junta Nacional de Drogas (JND) reveló que la prevalencia actual de fumadores en los jóvenes entre 13 a 15 años fue de 8,2 % en 2014, un descenso a casi la tercera parte con respecto a datos del 2006. En la distribución por sexo, el estudio evidenció una prevalencia de 7,2% en varones y 8,7% en mujeres. En cuanto a aquellos entre 13 a 17 años, el 9,2% revelaron ser fumadores en 2014 ⁷.

El tabaquismo se ve con mayor frecuencia en aquellas personas con bajo nivel educativo ⁸. Del total de muertes en Uruguay (32000 personas/año) alrededor de 5000 son a causa del tabaquismo, siendo un 15% de estas muertes consecuencia del humo de segunda mano ².

Con respecto a la relación tabaco-mujer a lo largo de la historia, se puede afirmar que estas apenas fumaban en los países desarrollados antes de la Segunda Guerra Mundial. Cambios sociológicos, como fueron su incorporación al mundo laboral y los movimientos de igualdad, propiciaron la introducción de las mujeres al consumo de tabaco. A partir de este momento, la incidencia de consumo de tabaco en la mujer ha aumentado a nivel mundial, más aún en las últimas décadas, alcanzando índices sumamente relevantes. El grupo etario que más fuma es el comprendido entre los 25 y 44 años, con una prevalencia de 43,5%. Hoy en día, las prevalencia aumentan en las mujeres de forma sostenida, cerca del 22 % de las mujeres en los países desarrollados fuman tabaco, y un 9 % lo hace en los países en vías de desarrollo. Se espera que para el 2025 la prevalencia de consumo de tabaco en las mujeres alcance el 25 % ⁹.

En las Américas y Europa, la prevalencia de mujeres que fuman es alta, 17 % y 22 %, respectivamente ¹⁰.

En Uruguay las cifras son similares, según la encuesta GATS publicada en 2009, 19,8% de las mujeres mayores de 15 años consumen tabaco ².

En consecuencia, la incidencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias se ha incrementado significativamente en dicho género, así como el grado de conocimiento sobre las mismas en la población general. Sin embargo existen un gran número de otras patologías tabaco-dependientes específicas de la mujer provocadas no solo por el tabaquismo activo sino que también por la exposición al humo de segunda mano (HSM) ¹⁰, por ejemplo, osteoporosis, infertilidad, menopausia precoz ¹¹, neoplasias como la de cuello uterino y otras tantas vinculadas a la esfera tanto ginecológica como obstétrica ¹² sobre las cuales hay menos difusión ¹².

El tabaquismo es una enfermedad con un alto impacto para los individuos como para el sistema sanitario, considerándose el mismo como una enfermedad crónica, para la cual actualmente se cuenta con diversos métodos de tratamiento para lograr su cesación. Primeramente el paciente debe poder reconocer su enfermedad como tal y dar cuenta de las repercusiones que esta puede tener en su organismo.

Es conocido que las enfermedades tabaco dependientes específicas de la mujer no son las responsables de la mayor parte de la mortalidad ocasionada por esta sustancia, sin embargo son causantes de una gran morbilidad y afectación de la calidad de vida de no solo las fumadoras, sino que también de sus hijos ¹⁰.

Dado la gran cantidad de fumadoras en la región y la concomitante cantidad de complicaciones ginecológicas y obstétricas que esto genera ¹³⁻¹⁴, sin olvidar la relativamente poca difusión que hay al respecto, es que se optó por la realización de este estudio. A partir del resultado del mismo se pudo estimar cuánto saben las mujeres que se atienden en hospitales

públicos de Uruguay sobre el tema, valorándose si existe relación entre esto último y el estatus tabáquico de las mismas posteriormente en la sección de resultados y conclusiones.

1.1 Enfermedades tabaco dependientes en el género femenino.

En un estudio de cohortes prospectivo llevado a cabo en Copenhague informó que las mujeres que fumaban 10 g de tabaco por día tenían significativamente mayor riesgo de depresión en comparación con las que no eran fumadoras ¹⁵. No sólo las mujeres con un estatus tabáquico activo presentan más riesgo de depresión, sino que también aquellas expuestas al humo de segunda mano (HSM) se ven afectadas. Los autores Hyun-Kim, Chang-Kim, demostraron que las expuestas a HSM tienen mayor riesgo de padecer depresión en comparación con aquellas no expuestas ($p=0,019$) y que el efecto es dosis-dependiente ¹⁶.

El tabaquismo es uno de los factores del estilo de vida asociado con un mayor riesgo de fractura. La asociación con una densidad mineral ósea (DMO) más baja y el incremento en el riesgo de fracturas osteoporóticas depende de la dosis y el tiempo de exposición al tabaco ¹⁷.

Un estudio en Corea demostró que tanto las fumadoras como las fumadoras pasivas tienen un riesgo significativamente mayor de fractura. Dicho riesgo demostró relación en cuanto a la cantidad de cigarrillos consumidos por día o a la cantidad de exposición a HSM ¹⁸.

Se ha evidenciado también que el fumar es un factor de riesgo totalmente independiente para cualquier tipo de fractura ósea ¹⁹.

Las fumadoras demuestran un mayor riesgo de fractura en la sección proximal del húmero y en las vértebras en comparación con las no fumadoras.

La aparición de osteoporosis también es mayor en aquellas con estatus tabáquico activo ²⁰.

Aquellas mujeres catalogadas como fumadoras intensas y/o crónicas (al menos 20 años) conllevan una tendencia significativamente mayor a desarrollar osteoporosis al cabo de sus 65 años en comparación con no fumadoras ²¹.

El tabaco está también asociado con un riesgo incrementado de infertilidad y menopausia precoz tanto en fumadoras activas o pasivas. En comparación con las no fumadoras, el consumo de cigarrillos se asocia en un 14% más riesgo de infertilidad y en un 26% más riesgo de tener menopausia temprana. En los casos de mayor uso de tabaco, la menopausia tiende a ocurrir aproximadamente 22 meses antes ¹¹.

La hormona antimülleriana (AMH) es un marcador directo de la reserva ovárica. Se ha encontrado evidencia de que la misma está reducida en mujeres tabaquistas ²². El conteo de folículos antrales es un marcador directo de la cantidad reclutable de folículos y es un predictor importante de la respuesta ovárica. Se ha demostrado que las fumadoras tienen menos folículos antrales que las no fumadoras, sugiriendo que el tabaco puede afectar la reserva ovárica por aceleración de la atresia folicular ²³.

El tabaquismo está asociado con un mayor riesgo de aborto espontáneo. Las propiedades vasoconstrictivas y antimetabólicas de algunos componentes del cigarrillo pueden generar insuficiencia placentaria, y por ende, un restrictivo crecimiento embrionario y/o fetal, o inclusive su fallecimiento ²⁴.

El cáncer de cérvix (CC) es el tercero más común en la mujer a nivel mundial. Se conoce que la presencia de infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es un factor necesario para su desarrollo pero no suficiente. Una extensa revisión bibliográfica publicada en 2011 muestra como conclusiones que el tabaco es un importante cofactor para cáncer de cérvix. Sugiriendo al tabaco como un gran influyente en la progresión de la infección por VPH ya adquirida ²⁵.

Un estudio realizado en China publicado en 2015 reafirmó la existencia de una relación entre el tabaquismo y el CC. Demostró que el ser fumadora pasiva también constituye un gran riesgo para el mismo. Los autores concluyeron que mientras a más temprana edad y a mayor exposición frente al tabaco, la mortalidad respecto al CC aumenta significativamente ²⁶.

Un estudio realizado en Europa y publicado en 2014 demostró la asociación entre el tabaco y el desarrollo de lesiones pre-cancerosas, cáncer cervical invasivo (CCI), carcinoma in situ (CIS) y neoplasia cervical intra-epitelial grado 3 (CIN3). Aquellas participantes que fueron fumadoras pero que posteriormente abandonaron el hábito durante al menos 10 años se redujo a la mitad su riesgo de desarrollar CIN3/CIS y CCI y eventualmente también con el tiempo van disminuyendo el riesgo de lesiones pre-cancerosas y CC ²⁷. Todo esto indica que en concomitancia con infección de HPV, el tabaco incrementa el riesgo de progresión de la neoplasia cervical ²⁸.

El tabaco es conocido como un carcinógeno de primer nivel, se sabe que por medio de distintas vías complejas influye en la historia natural de diversos tipos de cáncer ²⁹. Varios componentes y productos metabólicos adquiridos al fumar han sido encontrados en el tejido cervical, estos coinciden con un aumento en la cantidad de copias genómicas del HPV lo que podría facilitar el proceso de carcinogénesis ³⁰.

El humo de cigarrillo contiene aproximadamente 7000 químicos, de los cuales 20 son conocidos agentes carcinogénicos mamarios ³¹. De estos químicos varios pueden llegar al tejido mamario, pudiéndose detectar en las secreciones mamarias de mujeres fumadoras ³².

Un estudio en México demostró que aquellas mujeres postmenopáusicas que fueron fumadoras intensas o que lo hicieron durante un período de al menos 30 años mostraron significativamente mayor riesgo de cáncer de mama ³³.

En un meta-análisis se comprobó que las fumadoras muestran un aumento de la mortalidad específica por cáncer de mama. En cambio las ex fumadoras tienen una mortalidad específica por cáncer de mama muy reducida ³⁴.

Controversialmente algunos estudios reportan una nula asociación entre el estatus tabáquico, su duración e intensidad con el riesgo de incidencia del cáncer de mama³⁵⁻³⁶. La más reciente evidencia muestra datos convincentes que apoyan la asociación positiva entre el uso del tabaco y el riesgo de cáncer de mama, principalmente observada en mujeres que comienzan a fumar a una joven edad o que fumaron durante un largo período de tiempo previo a su primer embarazo. Todo indica que el tabaquismo llevado a cabo previo a la concepción del primer embarazo es el mayor predictor de la incidencia de cáncer de mama - tabaco dependiente³⁷.

Las mujeres postmenopáusicas muestran un aumento del riesgo de cáncer mamario en un 9% en ex fumadoras y un 16% en actualmente fumadoras. Aquellas con mayor riesgo han tenido un estatus tabáquico intenso a lo largo de su vida. Las ex fumadoras tienen una reducción del riesgo de desarrollo de cáncer mamario proporcional al tiempo de abandono del cigarrillo. También tienen mayor incidencia las mujeres no fumadoras pero portadoras de un historial extenso de exposición a HSM³⁸. Xue y col. encontraron una relación dosis-respuesta positiva en el desarrollo de cáncer mamario tomando en cuenta el valor del índice paquete año (IPA) comprendido entre la menarca y la completitud del primer embarazo a término³⁹. Bjerkaas y col. reportaron de forma similar una relación dosis-respuesta entre desarrollar dicho cáncer con respecto a la cantidad de años en haber fumado previos a concebir el primer embarazo⁴⁰.

En otro estudio ya citado se expuso que las mujeres que comenzaron a fumar posteriormente a la menarca, pero al menos 11 años previos a su primer embarazo demostraron en un 45% mayor riesgo de incidencia de cáncer de mama. Concluyendo que no solo la cantidad de exposición es importante, sino que también el “timing” de la misma⁴¹. Ciertos autores están de acuerdo con respecto a que el rol del cigarrillo en la incidencia de cáncer mamario está subestimado y concuerdan que por lo menos 1 de cada 6-9 casos de cáncer mamario se pudieron haber evitado en ausencia del tabaquismo⁴⁰.

En un estudio de cohortes se encontró que la incidencia de cáncer mamario fue mayor en las participantes con un uso intenso del tabaco previo a su primer embarazo. Las ex fumadoras ven reducido su riesgo a medida que pasan más años en abstinencia⁴².

El estatus tabáquico activo también incrementa su efecto deletéreo notablemente cuando asocia concomitantemente el consumo excesivo de alcohol⁴³.

1.2 Tabaquismo durante el embarazo y sus consecuencias

El consumo de tabaco antes y durante el embarazo se ha relacionado con numerosas causas de enfermedad y muerte perinatal. Algunos estudios sugieren que el tabaquismo estaría vinculado a anomalías específicas, como cardiopatías congénitas. También tiene efectos perjudiciales sobre la salud del recién nacido⁴⁴⁻⁴⁵. El tabaquismo durante el embarazo parece ser el factor de riesgo más importante para la restricción del crecimiento intrauterino (CIR) que se asocia a un bajo

peso al nacer (BPN). Un estudio realizado durante los años 2011-2012 en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno de Gran Canaria intentó asociar estas variables y concluyó que el fumar durante el embarazo se vincula con el BPN⁴⁶. El tabaco está también relacionado con la depresión en el embarazo. Jansen, Curra y col. demostraron con un estudio en Brasil en 2010 que el tabaco es un factor de riesgo para desarrollar esta patología⁴⁷. En cuanto a la afectaciones postnatales se ha encontrado que los hijos de aquellas madres fumadoras durante el embarazo asocian una reducción del cociente FEV1 (volumen espiratorio máximo en el primer segundo) /FVC (capacidad vital forzada) y un FEF (flujo espiratorio medio) 25-75%⁴⁸. También se ha encontrado relación entre la exposición materna al humo de tabaco y el BPN⁴⁹⁻⁵⁰ y además una reducción en la circunferencia torácica del recién nacido⁵⁰. Los hallazgos ecográficos encontrados en el feto de madres fumadoras han confirmado disminución del diámetro biparietal (DBP), disminución de la circunferencia abdominal, disminución en la longitud del fémur y una reducción en el peso fetal estimado⁵¹. Considerando estos riesgos, el embarazo es un momento particular en el que una proporción de fumadoras abandona el consumo de tabaco. El abandono del tabaco durante el embarazo aumenta estimadamente el peso del neonato unos 188g en comparación con aquellas madres que siguen fumando hasta el parto⁵². Según una encuesta realizada en el año 2008 a más de 1500 mujeres asistidas en hospitales públicos de ciudades de Argentina y Uruguay, 2 de cada 10 mujeres embarazadas fuman durante el embarazo, lo que representa una situación preocupante. Aquellas que continuaban fumando manifestaron que les gustaría dejar de fumar e intentaron hacerlo. Sin embargo, sólo poco más de la mitad confiaba poder dejarlo¹³. En suma, se puede afirmar que con la evidencia disponible hasta el momento, que el consumo de tabaco está asociado con la aparición, evolución y resultados de enfermedades propias de la mujer como son: el cáncer de mama y cuello uterino, depresión, osteoporosis, infertilidad y diversas patologías obstétricas como: aborto espontáneo, parto pretérmino y bajo peso al nacer. Por lo tanto, el realizar un adecuado abordaje y tratamiento de las pacientes fumadoras en la consulta médica diaria, producirá como resultado una reducción no despreciable de la prevalencia de estas patologías a largo plazo, viéndose así disminuida su morbi-mortalidad al igual que los costos en salud.

2. Objetivos

El objetivo general de este estudio fue determinar el conocimiento que tienen las usuarias hospitalizadas en los centros de salud pública de Montevideo con respecto a las enfermedades específicas de la mujer relacionadas con el consumo de tabaco.

Como objetivos específicos se propusieron: conocer la frecuencia del tabaquismo en la población estudiada y evaluar si existen diferencias de conocimiento de acuerdo a otras variables tales como edad, nivel educativo y estatus tabáquico.

3. Metodología

3.1 Diseño

El diseño de la investigación fue de tipo observacional descriptivo

3.2 Población

La muestra consistió en toda paciente de sexo femenino ingresada a sala de internación ginecológica u obstétrica en las Clínicas Ginecotológicas “A” y “C” del Hospital Pereira Rossell y “B” del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela durante el período comprendido entre el 1ro de julio y el 31 de agosto de 2017.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: ser paciente cursando con internación en las instituciones y salas previamente nombradas, independientemente del motivo de internación, su estatus tabáquico o condición de gestante.

En cuanto a los criterios de exclusión se plantearon: pacientes menores de 18 años o que no consintieron a participar en el estudio o aquellas que posean cualquier tipo de discapacidad que les impidiese consentir de forma autónoma.

3.3 Variables de estudio

Las variables de estudio fueron: edad, nivel educativo, nivel de información con respecto a las enfermedades tabaco-dependientes propias del género femenino, estado gestante, estatus tabáquico. El resto de las variables a investigar fueron consideradas como cualitativas dicotómicas (Si/No) habiendo otras politómicas (con más de 2 categorías) y se refirieron al conocimiento de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

3.4 Recolección de los datos

Para la recolección de los datos se utilizó como herramienta un cuestionario general para todas las pacientes (Anexo 3). El mismo estaba compuesto por preguntas concretas múltiple opción. La mayoría de las preguntas permitía solo una única opción como respuesta, y en otras se especificó la posibilidad de optar por más de una opción posible, con una única pregunta era de

carácter abierto. Para llevar a cabo el procedimiento se concurrió en forma diaria de lunes a sábado a las salas de internación de las Clínicas mencionadas y se realizó el cuestionario a todas las pacientes que cumplían los criterios de inclusión y no tenían criterios de exclusión. El mismo fue llenado por el investigador, el cual utilizando un lenguaje adecuado le iba brindando a la participante las preguntas y respuestas posibles contenidas en él. Se cotejó con número de CI que la misma usuaria no sea incluida más de una vez en el período de tiempo.

3.5 Análisis estadístico

Los datos se procesaron mediante Microsoft Excel e IBM SPSS. Se presentan los datos en frecuencias absolutas y relativas y en medias y desvío estándar. Se utilizó test de chi cuadrado para comparar proporciones de fumadoras versus no fumadoras que conocían las diferentes enfermedades tabaco dependientes. Se consideró estadísticamente significativo un valor de P menor a 0,05.

3.6 Aspectos éticos y normativos

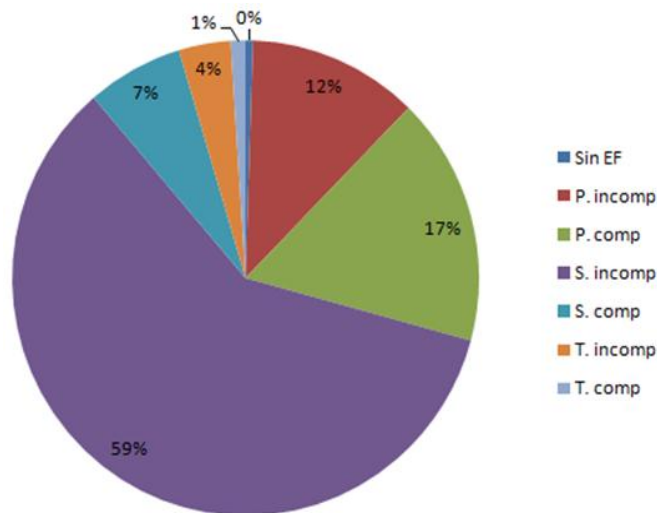
El estudio adhiere a las disposiciones del decreto 379/008 del MSP referente a la investigación con seres humanos y a la Declaración de Helsinki versión 2000. Cumpliéndose con todo lo dictado en sus artículos, entre ellos la otorgación a todos las potenciales participantes, previo a su integración al estudio, de un formulario de información y otro de consentimiento informado, a partir de los cuales podrá decidir si consiente o no su integración al estudio, haciendo mero uso de su autonomía, pudiendo consultar con alguien de su confianza en caso de ser necesario. Se asegura la total protección de la confidencialidad y la privacidad de sus datos, así como de su imagen. Se garantiza en todo momento su no estigmatización y el no uso de su información en perjuicios a personas y/o comunidades.

Este proyecto cuenta con las aprobaciones cedidas por los comités de ética de ambas instituciones partícipes, las cuales se encuentran disponibles en la sección de anexos.

4. Resultados

Se encuestaron 196 pacientes con un rango etario comprendido entre los 18 y 77 años siendo la media de la edad 35,38 y su desvío estándar (DE) 16,25. Del total, 55 (28,10%) estaban embarazadas.

Con respecto al nivel educativo de la muestra obtenida, la mayoría de las participantes contaban con secundaria incompleta (59%). (Gráfica 1)



Gráfica 1. Nivel educativo de las participantes

En cuanto al estatus tabáquico antes de ingresar al hospital, 32,1 % nunca fumaron, las fumadoras actuales (diarias y ocasionales) constituían el 30,6% y 13,8% se encontraban en abstinencia. (Tabla 1).

Estatus tabáquico	Frecuencia	Porcentaje
No fumadora	63	32,1
Fumadora pasiva	12	6,1
En abstinencia	27	13,8
Ex fumadora	34	17,3
Actual ocasional	13	6,6
Actual diaria	47	24
Total	196	100

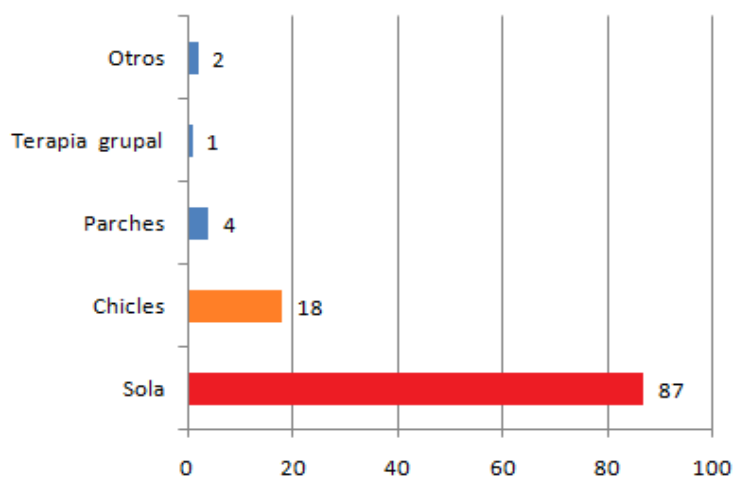
Tabla 1. Estatus tabáquico

En cuanto al número de pacientes que eran fumadoras, ex fumadoras o en abstinencia (n=121) a las cuales se les había realizado consejo para la cesación por parte del personal de salud (médico, enfermera, partera, etc.) durante la internación fue de 38,8% (Tabla 2).

Consejo para cesación		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	38,8
No	74	61,2
Total	121*	100

Tabla 2. Cantidad de pacientes que recibieron consejo para dejar de fumar por parte del personal de salud. *Fumadoras, ex fumadoras y en abstinencia.

Dentro del grupo de aquellas pacientes ex fumadoras, fumadoras en abstinencia o fumadoras actuales que lograron cesar el consumo de tabaco alguna vez, la gran mayoría lo logró sin apoyo terapéutico. (Gráfica 2).

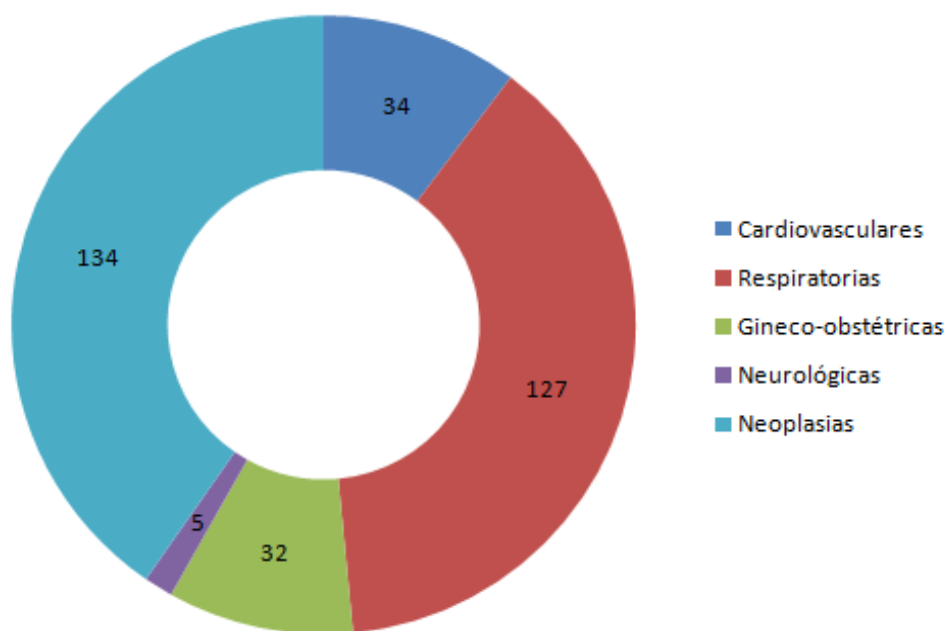


Gráfica 2. Métodos de cesación utilizados por las participantes que alguna vez dejaron de fumar.

En cuanto a las opiniones y conocimientos sobre las repercusiones que tiene el tabaquismo sobre la salud y el embarazo, la mayoría de las participantes lo ven como un factor de riesgo de suma importancia para un gran número de patologías (Tabla 3, Gráfica 3).

	Frecuencia	Porcentaje
No hace daño	1	0,51
Daño solo en la primera mitad	3	1,53
Daño solo en la segunda mitad	1	0,51
Daño en todo momento	189	96,43
Daño solo si son > 5 cig/día	2	1,02
Total	196	100

Tabla 3. Conocimiento acerca del daño del tabaquismo y el embarazo



Gráfica 3. Enfermedades relacionadas al tabaquismo mencionadas de forma espontánea por la paciente.

Acerca de cuáles fueron las enfermedades tabaco dependientes, las encuestadas no tuvieron problema en relacionar al tabaco con trastornos de la esfera respiratoria o neoplásica. Sin embargo, no sucedió lo mismo para las otras categorías (Gráfica 3).

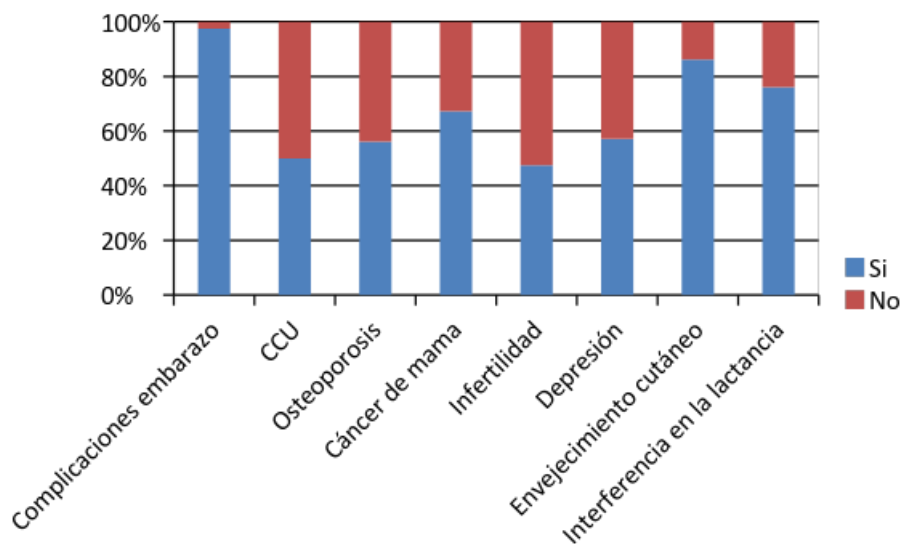
Los datos obtenidos en cuanto al conocimiento de la población estudiada acerca de las enfermedades específicas del género femenino relacionados al consumo de tabaco (Gráfica 4) muestran que la gran mayoría (97,4%) considera que el tabaquismo puede generar complicaciones en el embarazo.

La mitad de las mujeres encuestadas entiende que el consumo de tabaco está relacionado al desarrollo de cáncer de cuello de útero (CCU). En cuanto al cáncer de mama, aproximadamente dos de cada tres mujeres considera que el consumo de tabaco está implicado su desarrollo.

Cuando se indagó una posible asociación entre el consumo de tabaco y la osteoporosis, el 56,1% considera que estas entidades podrían estar vinculadas.

El 47,4% de las mujeres considera que existe una asociación entre el consumo de tabaco y la esterilidad.

El 57,1% de las mujeres encuestadas entiende que el consumo de tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión. El 86,2% considera que el tabaquismo se vincula directamente con el envejecimiento de la piel y a la interferencia en la lactancia (76%).



Gráfica 4. Conocimiento sobre enfermedades específicas del género femenino relacionadas al consumo de tabaco. CCU: Cáncer de cuello uterino.

Un 34,2% de las mujeres encuestadas considera que consumir tabaco "armado" es menos nocivo que fumar cigarrillos.

Se categorizaron a las encuestadas en dos grupos según estatus tabáquico, uno comprendido por pacientes fumadoras (diarias, ocasionales y en abstinencia) y otro por no fumadoras (ex fumadoras, fumadoras pasivas y nunca fumadoras). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas categorías con respecto a los conocimientos sobre patologías tabaco dependientes (Tabla 4).

	NO (%)	SI (%)	χ^2	valor p
NEOPLASIAS				
No Fumadoras	24,7	75,3	2.617	0.115
Fumadoras	35,8	64,2		
ENF. RESPIRATORIAS				
No Fumadoras	37,0	63,0	0.162	0.757
Fumadoras	34,1	65,9		
ENF. CARDIOVASCULARES				
No Fumadoras	82,2	17,8	0.017	1
Fumadoras	82,9	17,1		
ENF. GINECO-OBSTÉTRICAS				
No Fumadoras	80,8	19,2	0.692	0.429
Fumadoras	85,4	14,6		
ENF. NEUROLÓGICAS				
No Fumadoras	94,5	5,5	4.013	0.065
Fumadoras	99,2	1		

Tabla 4. Comparación de conocimientos sobre patologías tabaco dependientes entre fumadoras y no fumadoras

5. Conclusiones y perspectivas

El porcentaje de fumadoras (diarias y ocasionales) en la población estudiada fue de 30,6%, mayor a la media poblacional. Es importante destacar que la prevalencia de consumo de tabaco en Uruguay en general si bien ha disminuido en los últimos años, las poblaciones pertenecientes a las clases socio-económicas más vulnerables mantienen una frecuencia relativa mayor que la media poblacional, lo que explicaría este hallazgo.

En cuanto al estatus tabáquico de las encuestadas, un número no insignificante de las mismas se encontraba en abstinencia (13,8%), las cuales según la literatura, corren gran riesgo de recaer nuevamente en la categoría de fumadoras, más aún si surge o se encuentran cursando un suceso vital estresante (SVE).

Se observó, por otro lado, que el personal de salud no realiza enérgicamente consejería para abandonar el tabaco, siendo solamente el 38,80% de las fumadoras las que afirmaron haberlo recibido. Esto se debe a múltiples motivos propios de los mismos, como son, escasa información, desinterés, falta de tiempo, pocas expectativas con los resultados, entre otros⁵³. El no realizar aunque sea un consejo breve a las pacientes fumadoras, lo cual conlleva tan sólo un par de minutos, representa una oportunidad perdida con un potencial de cambio importante, que puede ir desde disminuir el número de cigarrillos/día hasta recurrir a alguno de los métodos de cesación.

Aquellas mujeres que lograron cesar el consumo de tabaco lo hicieron predominantemente de forma no asistida, alegando estar influenciadas por su estado de salud y otros motivos más esporádicos y diversos como promesas, económicos, familiares, etc.

Nos interesa mencionar el hecho de que el concepto de la ausencia de peligro de fumar hasta 5 cigarrillos por día en las embarazadas parece haber sido un mito desterrado, al menos en la población analizada. De todas formas permanece en el colectivo analizado la percepción de que el tabaco armado es menos nocivo.

Destacamos que existe un desconocimiento de morbilidades relacionadas con el consumo de tabaco distintas a las neoplásicas y respiratorias en la población estudiada, tanto fumadoras como no fumadoras. A su vez, cabe mencionar que no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para concluir que un grupo está más informado que el otro.

Dado esto último, es importante añadir que el fomentar una mejor concientización y educación a la población sobre estos trastornos, podría reflejarse en un aumento de las intervenciones y adherencias a tratamiento dirigidas a la cesación, lo cual se postularía como una buena medida de salud pública a tomar.

6. Agradecimientos

Agradecemos a todas las participantes que accedieron a ingresar a nuestro estudio, así como también al personal del Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas, especialmente a los miembros de sus Comité de Ética por aprobar este proyecto en fecha y permitirnos así cumplir con lo estipulado dentro del curso de Metodología Científica II.

Queremos agradecer también a la Dra. Carolina Parodi y la Lic. Mary Barros, integrantes de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, por facilitarnos el acceso a material de suma utilidad sobre el tabaquismo en la mujer.

Finalmente damos las gracias también de forma general al personal de las cátedras de Métodos Cuantitativos y Bioética de la Facultad de Medicina de Montevideo por haber resuelto nuestras dudas en la materia y habernos instruidos en los aspectos básicos de la investigación y todo lo que ello conlleva.

7. Bibliografía

1. Stackman Jr RW. *The Tobacco Atlas*. Vol 80.; 2005. doi:10.1086/501315.
2. Use T, Sheet F, Smoke S. Global Adult Tobacco Survey (GATS). *Uruguay*. 2009;(Febrero):1-2.
3. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77(4):475-496. doi:10.1590/S1135-57272003000400005.
4. Internacional P. Informe Nacional del Estudio ITC Uruguay. 2014.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Principales resultados encuesta continua de hogares (ECH) 2014. 2014:1-72.
<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37924/ECH+2014/808d35b5-f9df-44e6-86af-e4bec9f761a8>.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Principales resultados encuesta continua de hogares (ECH) 2011. 2011:1-111.
<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37924/ECH+2011.pdf/22805009-31d8-4ac2-b5e8-3b756db3c020>
7. Observatorio Uruguayo de Drogas. Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Uruguay 2014. 2014.
8. Ministerio de Salud Pública -Uruguay. Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo. 2009:114.
9. Jané Checa M, Martínez Bueno C. *Tabaquismo Y Salud Reproductiva En Las Mujeres*.; 2007.
<http://www.cnpt.es/documentacion/publicaciones/594ee6a093a408ffd945e0c9aaef759cf-d587a2e6c28debe14ef72043418bcdd.pdf>.
10. Who WHO. Gender, Women, and the Tobacco Epidemic. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2000;894(894):i-xii, 1-253. doi:10.1080/13552074.2011.592653.
11. Piazza K, Wactawski-Wende J, DeBon M, Hovey K, Rivard C, Hyland A, et al. Inhaled medication usage in post-menopausal women and lifetime tobacco smoke exposure: The Women's Health Initiative Observational Study. *Maturitas* [serial on the Internet]. (2016, Aug 1), [cited October 15, 2017]; 9042-48. Available from: ScienceDirect.
12. Centers for Disease Control and Prevention (US), U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*.; 2006. doi:10.1016/j.amepre.2007.02.026.
13. Althabe F, Colomar M, Gibbons LUZ, Belizan JM, Buekens P. Materiales y métodos. *Medicina (B Aires)*. 2008;68(ISSN 0025-7680):48-54.
14. Poletta F a., López-Camelo JS, Gili J a., Montalvo G, Castilla EE. Consumo y

- exposición al humo de tabaco en mujeres embarazadas de Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;27(5):56-65. doi:10.1590/S1020-49892010000100009.
15. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *Br J Psychiatry*. 2008;193(4):322-326. doi:10.1192/bjp.bp.107.046706.
 16. N.H. K, H.C. K, J.Y. L, J.-M. L. Association between environmental tobacco smoke and depression among Korean women. *BMJ Open*. 2015;5(6):no pagination. doi:10.1136/bmjopen-2014-007131.
 17. Yoon V, Maalouf NM, Sakhaee K. The effects of smoking on bone metabolism. *Osteoporos Int*. 2012;23(8):2081-2092. doi:10.1007/s00198-012-1940-y.
 18. Kim KH, Lee CM, Park SM, et al. Secondhand smoke exposure and osteoporosis in never-smoking postmenopausal women: The Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Osteoporos Int*. 2013;24(2):523-532. doi:10.1007/s00198-012-1987-9.
 19. Sunumu O, Report C, Factor NR, Smoking C. Sigara Kullanımı. 2011:62-67.
 20. Thorin MH, Wihlborg A, Åkesson K, Gerdhem P. Smoking, smoking cessation, and fracture risk in elderly women followed for 10 years. *Osteoporos Int*. 2016;27(1):249-255. doi:10.1007/s00198-015-3290-z.
 21. Brook JS, Balka EB, Zhang C. The smoking patterns of women in their forties: their relationship to later osteoporosis. *Psychol Rep*. 2012;110(2):351-362. doi:10.2466/13.18.PR0.110.2.351-362.
 22. Fuentes A, Escalona J, Céspedes P, Repetto V, Iñiguez G. El hábito de fumar se asocia a baja concentración plasmática de hormona antimülleriana en mujeres infértiles. *Rev Med Chil*. 2013;141(1):23-27. doi:10.4067/S0034-98872013000100003.
 23. Caserta D, Bordi G, Di Segni N, D'Ambrosio A, Mallozzi M, Moscarini M. The influence of cigarette smoking on a population of infertile men and women. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(4):813-818. doi:10.1007/s00404-012-2643-5.
 24. Practice T, Medicine R. Smoking and infertility: A committee opinion. *Fertil Steril*. 2012;98(6):1400-1406. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.07.1146.
 25. Fonseca-Moutinho JA. Smoking and Cervical Cancer. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;2011:1-6. doi:10.5402/2011/847684.
 26. Jiang J, Pang H, Liu B, et al. Effects of active, passive, and combined smoking on cervical cancer mortality: a nationwide proportional mortality study in Chinese urban women. *Cancer causes {&} Control CCC*. 2015;26(7):983-991. doi:10.1007/s10552-015-0580-x.
 27. Roura E, Castellsagué X, Pawlita M, et al. Smoking as a major risk factor for cervical

- cancer and pre-cancer: Results from the EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2014;135(2):453-466. doi:10.1002/ijc.28666.
28. Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. *J Autoimmun*. 2010;34(3):J258-J265. doi:10.1016/j.jaut.2009.12.003.
 29. Alam S, Conway MJ, Chen HS, Meyers C. Cigarette Smoke Carcinogen Benzo[a]pyrene Enhances Human Papillomavirus Synthesis. *J Virol*. 2007;82(2):1053-1058. doi:JVI.01813-07 [pii]r10.1128/JVI.01813-07.
 30. Jensen KE, Schmiedel S, Frederiksen K, Norrild B, Iftner T, Kjær SK. Risk for cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse in relation to smoking among women with persistent human papillomavirus infection. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(11):1949-1955. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0663.
 31. Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, et al. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). *Tob Control*. 2011;20(1):e2-e2. doi:10.1136/tc.2010.035931.
 32. Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. 2009;10(11):1033-1034. doi:10.1016/S1470-2045(09)70326-2.
 33. Connor AE, Baumgartner KB, Baumgartner RN, et al. Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk in Hispanic and Non-Hispanic White Women: The Breast Cancer Health Disparities Study. *J Women's Heal*. 2016;25(3):299-310. doi:10.1089/jwh.2015.5502.
 34. Duan W, Li S, Meng X, Sun Y, Jia C. Smoking and survival of breast cancer patients: a meta-analysis of cohort studies. *The Breast*. 2017;33:117-124. doi:10.1016/j.breast.2017.03.012.
 35. Reynolds P. Smoking and breast cancer. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 2013;18(1):15-23. doi:10.1007/s10911-012-9269-x.
 36. Catsburg C, Kirsh VA, Soskolne CL, Kreiger N, Rohan TE. Active cigarette smoking and the risk of breast cancer: A cohort study. *Cancer Epidemiol*. 2014;38(4):376-381. doi:10.1016/j.canep.2014.05.007.
 37. Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Ryan Diver W, Hannan LM, Thun MJ. Active smoking and breast cancer risk: Original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105(8):515-525. doi:10.1093/jnci/djt023.
 38. Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, et al. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. *Bmj*. 2011;342(mar01 1):d1016-d1016. doi:10.1136/bmj.d1016.
 39. Xue F, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette Smoking and the

- Incidence of Breast Cancer. *Arch Intern Med*. 2011;171(2):125-134.
doi:10.1001/archinternmed.2010.503.
40. Bjerkaas E, Parajuli R, Weiderpass E, et al. Smoking duration before first childbirth: An emerging risk factor for breast cancer? Results from 302,865 Norwegian women. *Cancer Causes Control*. 2013;24(7):1347-1356. doi:10.1007/s10552-013-0213-1.
 41. Gram IT, Little MA, Lund E, Braaten T. The fraction of breast cancer attributable to smoking: The Norwegian women and cancer study 1991–2012. *Br J Cancer*. 2016;(April):1-8. doi:10.1038/bjc.2016.154.
 42. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. *Int J Cancer*. 2015;136(9):2204-2209. doi:10.1002/ijc.29266.
 43. Adlercreutz H, Mousavi Y, Höckerstedt K. Diet and Breast Cancer Recurrence. *Acta Oncol (Madr)*. 1992;2(31):157-181. doi:10.1177/0884533612454302.
 44. Leonardi-Bee J, Smyth a, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2008;93(5):F351-F361. doi:10.1136/adc.2007.133553.
 45. Bloch M, Althabe F, Onyamboko M, et al. Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy: An investigative survey of women in 9 developing nations. *Am J Public Health*. 2008;98(10):1833-1840. doi:10.2105/AJPH.2007.117887.
 46. Luján LMB, Santana PS, García LEG, Hernández JÁG, Majem LS. Características sociodemográficas y sanitarias asociadas con bajo peso al nacer en canarias. *Nutr Hosp*. 2015;32(4):1541-1547. doi:10.3305/nh.2015.32.4.9456.
 47. Depressão Durante A Gravidez TE, Jansen K, Curra AR, et al. Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010;32(2):44-47.
<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a04.pdf>.
 48. Balte P, Karmaus W, Roberts G, Kurukulaaratchy R, Mitchell F, Arshad H. Relationship between birth weight, maternal smoking during pregnancy and childhood and adolescent lung function: A path analysis. *Respir Med*. 2016;121:13-20.
doi:10.1016/j.rmed.2016.10.010.
 49. Ganer Herman H, Miremberg H, Nini N, et al. The effects of maternal smoking on pregnancy outcome and placental histopathology lesions. *Reprod Toxicol*. 2016;65:24-28. doi:10.1016/j.reprotox.2016.05.022.
 50. Huang S-H, Weng K-P, Huang S-M, et al. The effects of maternal smoking exposure during pregnancy on postnatal outcomes: A cross sectional study. *J Chinese Med Assoc*. 2017:1-7. doi:10.1016/j.jcma.2017.01.007.
 51. Iñiguez C, Ballester F, Amorós R, Murcia M, Plana A, Rebagliato M. Active and passive smoking during pregnancy and ultrasound measures of fetal growth in a cohort of

- pregnant women. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(6):563-570.
doi:10.1136/jech.2010.116756.
52. Harris JE, Balsa AI, Triunfo P. Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on smoking cessation during pregnancy and birth weight. *J Health Econ*. 2015;42:186-196.
doi:10.1016/j.jhealeco.2015.04.002.
53. Colomar M. Barriers and Promoters of an Evidenced-Based Smoking Cessation Counseling During Prenatal Care in Argentina and Uruguay. *Matern Child Health J*. 2015

8. Anexos

8.1 Anexo 1.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quien suscribe _____
(Nombres y apellidos del participante)

de C.I. _____ Manifiesto que _____
(Nombres y apellidos de quien proporciona la información)

me ha explicado en qué consistirá el estudio: "Tabaco y género: conocimiento de las usuarias de hospitales públicos sobre las consecuencias del uso de tabaco en la salud de la mujer", cuyos detalles se encuentran en la hoja de información a la paciente que me han brindado.

Deberé responder un breve cuestionario.

He comprendido las explicaciones que me han brindado en un lenguaje claro y conciso, y la persona que realiza el estudio me ha permitido realizar preguntas y ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora doy.

Y en tales condiciones, acepto participar del estudio.

Firma de quien proporciona la información

Firma del participante

FORMULARIO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Aquí encontrará información sobre el estudio: "Tabaco y género: conocimiento de las usuarias de hospitales públicos sobre las consecuencias del uso de tabaco en la salud de la mujer" al que la invitamos a participar.

Este estudio servirá para determinar el conocimiento acerca de las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco en la mujer.

Para ello será de sumo interés que responda a un breve cuestionario acerca de cuánto sabe sobre enfermedades tabaco dependientes.

Toda la información recogida será confidencial.

Los nombres de los participantes no serán usados durante el análisis de los datos ni identificados durante la difusión de resultados.

Su participación en el estudio es voluntaria, no percibiendo ninguna retribución económica por ello y pudiendo rehusarse a participar si usted así lo desea sin verse afectada su atención médica.

Lea esta información, y si está de acuerdo en participar le pediremos que firme un formulario de aceptación llamado Consentimiento Informado.

Muchas Gracias.

Dra. Laura LLambí



Responsable del proyecto

Teléfono de contacto: 2486 44 24

Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas

Mail: llambil@hc.edu.uy

CUESTIONARIO

	<p>Estudio: TABACO Y GÉNERO: CONOCIMIENTOS DE LAS USUARIAS de HOSPITALES PUBLICOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL USO DE TABACO EN LA SALUD DE LA MUJER, URUGUAY 2017</p> <p>Formulario Encuesta</p>	
---	--	---

CI: _____ N° ID: _____ FECHA: / /2017

Instructivo de llenado:

Marcar con una X la casilla correspondiente a la respuesta que la participante considere la más adecuada en cada caso. La mayoría de las preguntas solo permiten una única opción posible. Se especificará en aquellas en las que se puede marcar más de una opción.

1) Edad: |_____|_____| años

2) Nivel Educativo: Sin educación formal

Primaria Incompleta <input type="checkbox"/>	Primaria Completa <input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/>	Secundaria Completa <input type="checkbox"/>
Terciaria Incompleta <input type="checkbox"/>	Terciaria Completa <input type="checkbox"/>

3) Fumadora: Actual Diaria

Actual ocasional

Ex fumadora

En abstinencia

Fumadora pasiva

No fumadora

¿Se encuentra en abstinencia desde el comienzo de esta internación? SI NO

4) ¿Actualmente está embarazada? SI NO

5) Fumar en el embarazo

- a) No hace daño
- b) Hace daño solo en la segunda mitad
- c) Hace daño fumar en todo momento del embarazo
- d) Solo hace daño si son más de 5 en el día
- e) Hace daño fumar solo en la primera mitad

6) ¿Ha recibido consejo para dejar de fumar por parte del personal de salud?

SI NO

7) ¿Ha logrado dejar de fumar alguna vez por más de 7 días? Si No

8) Si ha dejado alguna vez, ¿utilizó alguna de estas opciones?

(Marque más de una opción si es necesario)

Sola Chicles Parches Comprimidos Terapia grupal

Otras _____

9) Conociendo al enemigo:

a) ¿Fumar menos de 5 cigarrillos al día afecta la salud?

Sí

No

b) ¿Qué tipos de enfermedades puede causar el tabaquismo?

(Pregunta abierta, anotar la respuesta de la participante)

c) Respecto a las enfermedades específicas del género femenino, indique cuáles se relacionan con el tabaco **(Marque más de una opción si es necesario)**

Complicaciones en el embarazo	<input type="checkbox"/>	Cáncer de cuello de útero	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>
Envejecimiento cutáneo	<input type="checkbox"/>	Interferencia con la lactancia	<input type="checkbox"/>		

d) ¿El tabaco armado hace el mismo daño que los cigarrillos?

Si

No, es más sano

8.4 Anexo 4.

Cronograma

	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV
Selección del tema de investigación	■						
Elaboración del protocolo	■						
Elaboración de cuestionario, formulario de información a la paciente y consentimiento informado		■					
Entrega de protocolo de investigación a Comité de Ética		■					
Recolección de datos			■	■			
Procesamiento de datos obtenidos					■		
Discusión y conclusiones finales						■	
Redacción y entrega de la Monografía							■
Presentación de la Monografía							■



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 11 Julio de 2017.

A: Dirección General del Centro Hospitalario Pereira Rossell
Dr. Federico Eguren.

INTEGRANTES

Coordinadora:

Prof. Agda. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti

Dr. Bruno Cuturi

Sra. Eloisa Barreda

Prof. Agda. Dra. Elena Sarli

Dra. Mariana Malet.

Lic. TS. María del Carmen Canavessi

Dra. Olga Larrosa.

Quím. Farm. Fernando Antunez.

Lic. Enf. Scheley Santos.

Prof. Adj. Dr. S. Scasso.

Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez

Lic. Psic. Ruben Garcia.

De: Integrantes del Comité de Ética en investigación

Por la presente comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación APRUEBA el proyecto **"TABACO Y GENERO: CONOCIMIENTOS DE LAS USUARIAS DE HOSPITALES PUBLICOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL USO DE TABACO EN LA SALUD DE LA MUJER, URUGUAY 2017"**. (METODOLOGIA CIENTIFICA II) Resp. Prof. Agda. Dra. Maria Laura Llambi.

Secretaria
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

Sin más, le saluda a Ud. muy atentamente,

Recepción de Protocolos
Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay


Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2707 5224
e-mail: comite.etica.investigacion@gmail.com

8.6 Anexo 6

Aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"
DEPARTAMENTO DE COMISIONES
SECRETARÍA GENERAL
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Montevideo, 21 de junio de 2017

Se transcribe resolución del Comité de Ética del Hospital de Clínicas de fecha 21 de junio de 2017

En relación al proyecto presentado por Clínica Médica "A":

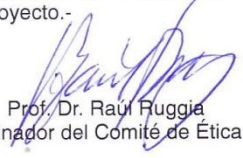
"Tabaco y Género: conocimiento del uso de las usuarias de Hospitales públicos sobre las consecuencias del uso del tabaco en la salud de la mujer, Uruguay 2017"

Investigadores responsables: Br. Santiago David, br. Katherin Vanesa Monzón, Br. Juan Carlos Areán, Br. Juan Andrés Albistur, Br. Nicolás Hernán Olmedo, Br. Ismael Melamed.

Orientadores: Prof. Agda. Dra. María Laura Llambí, Co- Orientador: Asist. Dra. Antonella Pippo.

El Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas resuelve aprobar la realización del mismo en esta Institución.

La aprobación otorgada por este Comité de Ética es desde el 21 de junio de 2017 hasta la fecha de finalización del Proyecto.-



Prof. Dr. Raúl Ruggia

Coordinador del Comité de Ética de la Investigación

Integrantes del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Prof. Dr. Raúl Ruggia	Coordinador – Ex Director de Neuropediatría
Dra. Gabriela Ballerio	Abogada- Asistente Académica de Dirección
Prof. Adj. Dra. Aurana Erman	Ex- Profesora Adjunta de Neurocirugía Especialista en Medicina Legal
Sra. Eloisa Barreda	Integrante Representante Aduss
Prof. Agda. Lic. Enf. Inés Umpiérrez	Integrante Licenciada en Enfermería
Prof. Adj. Dra. Leticia Cuñetti	Ex- Profesora Adjunta de Farmacología y Terapéutica Especialista en Nefrología y Farmacología
Nadia Almeida	Secretaría Administrativa