



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



CMB
Clínica
Médica
B

Caracterización del consumo de tabaco y factores de riesgo cardiovascular asociados en trabajadores del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Montevideo, Uruguay, 2024.

Ciclo de Metodología Científica II - 2024
Grupo 55

*Autores: Br. Benitez, Amanda¹; Br. Berrutti, Martina¹; Br. Bobadilla, Marcelo¹;
Br. Bozzolasco, Leandro¹; Br. Campos, Valentina¹.
Dr. Quinteros, Sebastián²; Dra. Añón, Ximena².*

¹Ciclo de Metodología Científica II, 2024 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

²Clínica Médica B - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
HOSPITAL DE CLINICAS
DR. MANUEL QUINTELA



ÍNDICE

| | |
|----------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 4 |
| GRAPHICAL ABSTRACT..... | 6 |
| INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| OBJETIVOS..... | 14 |
| METODOLOGÍA..... | 14 |
| RESULTADOS..... | 16 |
| DISCUSIÓN..... | 23 |
| CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS..... | 24 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 26 |
| AGRADECIMIENTOS..... | 30 |
| ANEXOS..... | 36 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|---------------|----|
| Tabla 1..... | 18 |
| Tabla 2..... | 19 |
| Figura 1..... | 20 |
| Figura 2..... | 20 |
| Figura 3..... | 20 |
| Figura 4..... | 21 |
| Figura 5..... | 21 |
| Figura 6..... | 21 |
| Figura 7..... | 22 |
| Figura 8..... | 22 |

TABLA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------------|--|
| ECV | Enfermedad cardiovascular |
| FRCV | Factores de riesgo cardiovascular |
| HTA | Hipertensión arterial |
| DM | Diabetes Mellitus |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |
| COLS | Colaboradores |
| HDL | Lipoproteínas de alta densidad |
| CMCT | Convenio Marco para el Control del Tabaco |
| FNR | Fondo Nacional de Recursos |
| UT | Unidades de Tabaquismo |
| ASSE | Administración de los Servicios de Salud del Estado |
| PNCT | Programa Nacional para el Control de Tabaco |
| CIADI | Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones |
| GATS | Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| CE | Cigarrillos electrónicos |
| EPOC | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |

RESUMEN

Introducción. El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, considerada como la principal causa de muerte evitable a nivel mundial. En Uruguay, las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la primera causa de muerte, siendo gran parte de ellas atribuibles al consumo de tabaco. **Objetivos.** Caracterizar el consumo de tabaco y la asociación con otros factores de riesgo cardiovascular en el personal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. **Materiales y métodos.** Estudio observacional descriptivo de corte transversal, realizado a través de encuestas autoadministradas, anónimas y digitales; aplicadas a los trabajadores del Hospital de Clínicas. **Resultados.** De los 400 trabajadores encuestados, 27,25% fueron tabaquistas. De estos, el 4% asoció hipertensión arterial (HTA), 3,5% dislipemia y 0,75% diabetes (DM). El 80% de los tabaquistas manifestó haber intentado cesar el consumo, sin éxito. Sin embargo, el 56% de estos desconocía la Unidad de Tabaquismo (UT) que funciona en el Hospital. Entre los tabaquistas y ex tabaquistas, el 10% acudieron alguna vez a sus servicios. **Discusión.** A pesar de las políticas antitabaco, observamos que la prevalencia de tabaquismo en los trabajadores del HC aumentó respecto al 2005; más de la mitad de los fumadores afirmó consumir tabaco durante la jornada laboral. No se observaron asociaciones significativas entre el tabaquismo y los demás factores de riesgo cardiovascular, ni con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasias tabaco dependientes. Aunque el 83,5% consideraba dejar de fumar, el conocimiento acerca de UT es bajo entre los trabajadores. **Conclusión.** Considerando el aumento en la prevalencia de tabaquismo y el elevado porcentaje de consumo durante la jornada laboral, sería útil implementar nuevas políticas institucionales que aseguren espacios libres de humo de tabaco, y estrategias que promuevan el acceso y difusión de la UT.

Palabras claves: Tabaquismo, Factores de riesgo cardiovascular, Trabajadores de la salud, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Uruguay.

ABSTRACT

Introduction. Smoking is a chronic addictive disease, considered the leading cause of preventable death worldwide. In Uruguay, cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of death, with a significant proportion attributed to tobacco use.

Objectives. To characterize tobacco consumption and its association with other cardiovascular risk factors among the staff of the Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela (HC).

Materials and Methods. A descriptive cross-sectional observational study was conducted through anonymous, self-administered, digital surveys given to HC staff.

Results. Of the 400 workers surveyed, 27.25% were smokers. Of these, 4% had hypertension, 3.5% had dyslipidemia, and 0.75% had diabetes. 80% of smokers reported having attempted to quit without success. However, 56% of them were unaware of the Smoking Cessation Unit at the hospital. Among smokers and former smokers, 10% had ever used its services.

Discussion. Despite anti-smoking policies, the prevalence of smoking among HC workers has increased since 2005. More than half of smokers reported using tobacco during their workday. No significant associations were found between smoking and other cardiovascular risk factors, or with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and tobacco-related cancers. Although 83.5% of smokers expressed a desire to quit, knowledge about the Smoking Cessation Unit remains low among workers.

Conclusion. Considering the rise in smoking prevalence and the high percentage of tobacco use during the workday, it would be beneficial to implement new institutional policies to ensure smoke-free environments and strategies that promote access to and awareness of the Smoking Cessation Unit.

Keywords: Smoking, Cardiovascular risk factors, Healthcare workers, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Uruguay.

GRAPHICAL ABSTRACT

Prevalencia Nacional de Tabaquismo en 2018 (INE) 20,4 %



Principal causa de muerte en Uruguay

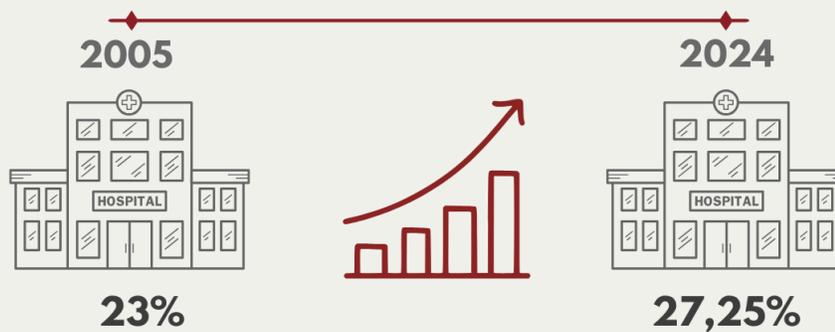


ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR



16% de las muertes por ECV se debieron al consumo de tabaco en 2022.

Prevalencia de Tabaquismo en trabajadores del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela



PATOLOGÍAS ASOCIADAS



-  Enfermedad Cardiovascular
-  Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
-  Neoplasias
-  Aterosclerosis

INTRODUCCIÓN

Las ECV constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo un desafío para la salud pública. Los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son: edad, sexo, obesidad, dislipemia, HTA, tabaquismo y DM.

El tabaquismo, considerado como una enfermedad adictiva crónica, es el factor de riesgo más prevalente luego de la HTA, constituyendo una importante causa de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neoplásicas.

El grado de dependencia a la nicotina, uno de los factores clave de la adicción al cigarrillo, se puede medir clínicamente mediante la aplicación del test de Fagerström. Este consiste en un cuestionario de seis preguntas dirigidas al paciente (Anexo 1).

El tabaco es la segunda sustancia nociva más consumida después del alcohol. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se relaciona con 6 de las 8 principales causas de muerte a nivel mundial, y constituye la principal causa de muerte prevenible. Cada año, es responsable de más de 8 millones de defunciones, de las cuales 1,3 millones corresponden a la de fumadores pasivos (1).

El tabaquismo representó la mayor pandemia del siglo XX y seguirá el mismo curso en el siglo XXI si no se logran cambios significativos en la prevalencia del consumo. Se estima que actualmente 1,2 millones de personas, es decir, un tercio de la población mundial es fumadora (1).

Con respecto a las tasas de mortalidad vinculadas al consumo de tabaco en nuestro país, datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) correspondientes al año 2022 revelan que las enfermedades cardiovasculares atribuibles al tabaquismo representan el 16%, los cánceres tabaco-dependientes constituyen el 25%, y por otro lado, las enfermedades respiratorias crónicas suponen el 52% de estas (2).

Según la American Cancer Society, el consumo pasivo de humo de tabaco también aumenta de forma considerable el riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares y neoplásicas, alcanzando un riesgo similar al de un tabaquista (3).

La coexistencia de dos o más FRCV producen un efecto sinérgico, aumentando

exponencialmente el riesgo cardiovascular absoluto (4).

En los últimos años también se ha estudiado el estrés laboral como un factor de riesgo asociado para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y el consumo de sustancias adictivas como la nicotina (5-6)

El estrés, es considerado como un FRCV cuya prevalencia se encuentra en ascenso. Aumenta exponencialmente el riesgo cardiovascular, así como también afecta la salud mental de los trabajadores (7). La ansiedad y el estrés de la rutina laboral predisponen a su vez al consumo de sustancias adictivas, entre ellas la nicotina (5). Esto resulta en un incremento aún mayor del riesgo cardiovascular individual y favorece el desarrollo de otras enfermedades tabaco-dependientes incapacitantes.

Hay estudios que plantean diferencias en la incidencia de enfermedad cardiovascular según la profesión, en este orden, el riesgo en los trabajadores de la salud parece estar influenciado por estrés, interrupción del ritmo circadiano, largas jornadas laborales, hábitos alimenticios poco saludables, sedentarismo y un mayor consumo de tabaco, entre otros (8-9).

Los datos del consumo de tabaco en el personal de salud varían según el país. En Uruguay, en el año 2005, Cuesta y cols. realizaron un estudio para conocer la prevalencia del consumo de tabaco en el personal de salud del Hospital de Clínicas de Montevideo. En la publicación "Tabaquismo en el personal y usuarios de un Hospital Universitario: consumo y recomendación de abandono.", se observó una prevalencia de 23% de tabaquismo en el personal de salud, porcentaje similar al de la población general de aquel entonces (10).

No existen en nuestro país trabajos más recientes sobre la prevalencia del tabaquismo en esta población.

Marco teórico

El humo de tabaco contiene más de 4000 sustancias nocivas, de las cuales aproximadamente 70 son consideradas altamente tóxicas para el organismo (11). En conjunto, producen un estado protrombótico, procoagulante, prooxidante y proaterogénico. Además induce el aumento de triglicéridos, provoca una disminución de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y favorece la disfunción

endotelial, promoviendo el desarrollo de placas de ateroma y favoreciendo de esta manera la aparición de otros FRCV como dislipemia, obesidad e HTA (12-13).

El consumo de tabaco es perjudicial en todas sus modalidades y no existe un nivel seguro de exposición al mismo (1-14).

El tabaquismo se asocia fuertemente con niveles educativos bajos y contextos socioeconómicos desfavorables, situando a estas poblaciones como las de mayor riesgo. Actualmente, alrededor del 80% de los consumidores de tabaco residen en países de ingresos medianos y bajos. Se han observado cambios en las características sociodemográficas del consumo de tabaco, con un aumento especialmente en mujeres y jóvenes (1-15).

En particular los jóvenes constituyen un grupo vulnerable. Se estima que la mayoría de los fumadores inician el consumo antes de los 18 años (15).

Uruguay es considerado en el mundo como un país pionero en la lucha antitabaco. La aplicación de rígidas políticas de Estado, estrategias en promoción de salud, y obstáculos a la industria tabacalera han sido algunas de las medidas puestas en marcha desde los años 2000.

En el año 2003, como una estrategia en respuesta a la rápida globalización de la pandemia del tabaquismo, la OMS creó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), en consenso con sus 191 Estados Miembros. Este constituyó el primer tratado de salud pública a escala mundial. El mismo estableció un plan de acción coordinado, eficaz y urgente para disminuir el consumo de tabaco, y una serie de estrategias de control para ser incorporadas como políticas públicas por los distintos Estados (15).

En 2004, Uruguay fue uno de los 40 países que ratificó el CMCT, siendo el primero de Latinoamérica. Fue uno de los países que más fuertemente se comprometió con lo propuesto, llevando a cabo un gran proceso de desarrollo de normas y pautas legislativas para luchar contra el tabaquismo (15).

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) creó en el año 2003 el Programa de Tratamiento del Tabaquismo como parte del Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular, y a partir de 2004 se definió una estrategia interinstitucional para

estimular la creación de UT en todo el país. Cada Institución acordó crear una UT a cargo de un equipo multidisciplinario capacitado. El FNR se comprometió a capacitar a profesionales, crear un sistema electrónico de registro de datos, y proporcionar gratuitamente medicación para el tratamiento farmacológico del tabaquismo, suministrando la terapia de reemplazo nicotínico en forma de chicles y bupropión. Desde ese entonces, se han capacitado más de 680 profesionales de la salud, y ha contribuido a crear una red nacional de UT con más de 130 grupos distribuidos en todo el país, en servicios de salud públicos y privados (16).

En el Hospital de Clínicas desde el año 1988 está en funcionamiento la UT, pionera en el país. Conformada por un equipo multidisciplinario, que no solo asiste a los usuarios del hospital, sino que también está abierta a otros usuarios de ASSE, mutualistas o seguros médicos (17).

En 2005, el MSP, a través de la Comisión Interinstitucional Asesora para el Control de Tabaco, creó el Programa Nacional para el Control del Tabaco (PNCT). Este incluye guías, protocolos y normativas referentes al abordaje del tabaquismo (18).

El cambio más explícito del PNCT se produjo en marzo del año 2006, cuando se puso en vigencia la prohibición del consumo de tabaco en espacios cerrados de uso público. Ese año, Uruguay se convirtió en el primer país 100% libre de humo de tabaco (19).

El estudio de Sandoya y cols. publicado en 2010: "Impacto de la prohibición de fumar en espacios cerrados sobre los ingresos por infarto agudo de miocardio en Uruguay", evidenció una disminución de los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio del 22% en los centros privados luego de la implementación de los ambientes libres de humo de tabaco (10).

En el año 2008, se aprueba la Ley 18.256 de Protección de Derecho al Medio Ambiente Libre de Humo de Tabaco y su Consumo. En el marco de dicha Ley, se crea en 2009, la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, con el objetivo de proporcionar al personal de salud un material actualizado, accesible y simplificado (20-21).

Posteriormente a estas implementaciones, se realizaron dos estudios para evaluar la exposición a humo de segunda mano en la ciudad de Montevideo. En uno se

midió la nicotina en el aire en lugares públicos, y en otro la concentración de partículas relacionadas al humo de tabaco suspendidas respirables. Se observó en ambos estudios una disminución del 90% de las partículas estudiadas en el aire de la ciudad (15).

En 2014, Uruguay fue uno de los primeros países en aprobar como normativa un Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco a través de la Ley 19.259 (22-23).

La campaña antitabaco de Uruguay no solo impactó sobre aspectos vinculados al marketing de las industrias tabacaleras, sino también en el agregado de impuestos y cargas tributarias significativas que resultaron en el aumento del costo del producto para el consumidor, con la intención de desestimular el consumo (23).

Un paso fundamental fue el establecimiento de normas estrictas para el empaquetado de los productos de tabaco. Se estableció que estos debían contener advertencias sanitarias, con pictogramas específicos que ocuparan un 50% del empaquetado. En 2008, las advertencias pasaron a ocupar el 80% de ambas caras del empaquetado (22).

Desde el año 2009, se estableció la prohibición del uso de distintas variantes en la presentación de los productos de una misma marca, a través de la presentación única por marca. El impacto de esta medida llevó a que en el año 2010 la tabacalera Philips Morris International presentara una demanda contra el Estado Uruguayo ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones (CIADI). Fallo que concluyó en el año 2016 a favor de Uruguay (15).

En el año 2014 se crea la Ley 19.244 que establece la prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (15).

Desde 2019, el Decreto 120/019 establece la obligatoriedad del empaquetado neutro en todos los productos de tabaco, determinando todos los detalles referentes a la estética del producto, como material, tamaño, colores y localización del logo de la marca (24).

La encuesta GATS realizada a inicios de 2017, observó que en Uruguay, la población tabaquista alcanzó un 21,6%; mientras que, datos obtenidos por el Instituto

Nacional de Estadística (INE) en el año 2018 indicaron una prevalencia de 20,4%. Este fue, según el MSP, el descenso más significativo en la prevalencia de los últimos años. (15-25).

Datos de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular del año 2023 revelaron que en Uruguay el 23,5% de las muertes se debieron a enfermedades del sistema cardiovascular. En dicho análisis, se reconoció al tabaquismo como el principal factor de riesgo para el desarrollo de ECV, y se estimó que de los tabaquistas, la mitad fallecen a causa del consumo (26).

A pesar de los grandes esfuerzos por reducir el consumo de tabaco, en los últimos años la industria tabacalera ha implementado estrategias para captar nuevos consumidores. Entre estas estrategias se destaca el uso creciente de aditivos, en especial saborizantes, que procuran hacer el producto más atractivo para este grupo. Un ejemplo es el mentol, que no solo atenúa el efecto aversivo inicial del tabaco y mejora la experiencia sensorial, sino que también incrementa la biodisponibilidad de la nicotina, potenciando su efecto adictivo (27).

Los cigarrillos electrónicos (CE), sistemas que suministran nicotina por vía inhalatoria, vaporizada y sin combustión de tabaco (28), han ganado presencia en el mercado en los últimos años como una alternativa al consumo de cigarrillos convencionales. Estos productos se presentan en envases atractivos, con saborizantes y aromatizantes. Si bien se promocionan como una opción menos nociva y más sofisticada, los CE contienen nicotina, sustancias carcinógenas y emiten sustancias tóxicas que al ser inhaladas resultan en estrés oxidativo, daño celular epitelial y reacciones proinflamatorias, tal como ocurre con los cigarrillos convencionales (29). Su comercialización se dirige principalmente a la población joven, actuando en ocasiones como puerta de entrada al consumo de tabaco, o como factor de recaída en quienes han abandonado el mismo (28). Se ha visto que utilizar estos dispositivos como herramienta para la cesación del tabaquismo puede devenir en un consumo dual, resultando en una mayor exposición a la nicotina. (28) Datos del MSP muestran que los jóvenes que utilizan dispositivos electrónicos tienen el doble de probabilidades de fumar cigarrillos más tarde (30).

Una revisión sistemática de 63 artículos realizada en nuestro país en el año 2020, por Llambí y cols., concluye que hay sustancias tóxicas y carcinógenos en los

aerosoles de los CE, así como evidencia de daño a la salud cardiovascular y respiratoria (28).

El consumo de tabaco supone un elevado costo sanitario, medioambiental y social. En Uruguay, los costos en salud vinculados al consumo de tabaco se estiman en 150 millones de dólares anuales, cifra que aumenta por la pérdida de productividad por ausentismo laboral y muerte temprana. En cuanto al impacto social, la productividad de aquellos trabajadores fumadores es inferior a la de los no fumadores. Esto último se debe a que los primeros se enferman más, pudiendo generar en ocasiones, una saturación de los sistemas de seguridad social (20).

Justificación y uso de los resultados

El presente estudio propone caracterizar el consumo de tabaco y la existencia de otros FRCV en el personal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Este estudio surge de la necesidad de conocer datos de prevalencia sobre el tabaquismo y el riesgo cardiovascular en los trabajadores de este Hospital. Existen varios estudios realizados en poblaciones similares en otros países, aunque pocos estudios nacionales referentes al tema. La relevancia radica en que intervenciones de promoción y prevención en salud en esta población podrían influir positivamente en la sociedad, ya que los trabajadores de la salud son muchas veces tomados como modelos de conductas saludables (31).

Nuestro propósito es obtener datos actualizados y compararlos con los obtenidos en el estudio de Cuesta y cols. realizado previo a la implementación de las restricciones de consumo de tabaco (10). Los resultados obtenidos buscan aportar a la planificación de nuevas estrategias de promoción en salud, enfocadas en reducir el consumo, incentivar estilos de vida saludables, y establecer un abordaje integral para disminuir el riesgo cardiovascular en esta población en particular.

OBJETIVOS

Objetivo general: Caracterizar el consumo de tabaco y la asociación con otros factores de riesgo cardiovascular en el personal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Objetivos específicos:

- Caracterizar y comparar el consumo de tabaco en los distintos grupos sociodemográficos.
- Determinar la prevalencia de las principales repercusiones en salud asociadas al consumo de tabaco.
- Determinar la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Determinar el conocimiento y uso de estrategias para abandono del hábito tabáquico.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Población

La muestra se obtuvo de forma aleatoria dentro de todos los trabajadores del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, incluyendo médicos, personal de enfermería, administrativos, vigilancia, nutricionistas, fisioterapeutas, auxiliares de servicio y otros en el período de julio a septiembre de 2024. Se decidió utilizar un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se consideró un nivel de significación de 0,05, una imprecisión de 0,05, y una proporción conocida de 0,23 que se calculó en base al estudio previo de Cuesta y Cols (10). Se definió el tamaño mínimo de la muestra en 263 entrevistados.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: ser mayor de 18 años y ser personal contratado del Hospital de Clínicas.

No se plantearon criterios de exclusión.

Variables de estudio

Las variables estudiadas se clasificaron como cualitativas y cuantitativas. (Anexo 2)

Las variables cualitativas que se estudiaron fueron: sexo, función que cumple en el Hospital, turno laboral, FRCV (HTA, DM, dislipemia), neoplasias, grados de motivación para el cese de tabaquismo, y ejercicio físico. El resto de las variables cualitativas se consideraron dicotómicas: tabaquismo, uso de CE, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica (BC), intentos de cesación de tabaquismo, consumo durante la jornada laboral, conocimiento acerca la UT y uso de una UT en otro centro.

Dentro de las cuantitativas se consideró: edad, número de cigarrillos/día, años de consumo y frecuencia en la que fuma durante la jornada laboral. Dichas variables, al momento del análisis, fueron categorizadas con el fin de simplificarlo.

Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como herramienta una encuesta autoadministrada de forma anónima y digital (Anexo 3), a través de Google Forms® creada ad hoc por el grupo investigador.

La recolección de datos fue por medio de una tablet otorgada por parte de los investigadores al encuestado, donde el mismo completaba un formulario con preguntas múltiple opción con una única opción de respuesta. Este formulario tomó un tiempo promedio de realización de aproximadamente 5 minutos.

Dicha recolección se realizó en distintos días y horarios de la semana buscando contemplar los distintos turnos laborales, encuestando de forma aleatoria a aquellos funcionarios que accedieron a participar, con el objetivo de abarcar una población lo más amplia posible.

Análisis estadístico

Los datos extraídos de la encuesta en Google Forms® se procesaron mediante el software estadístico JASP®. Las variables cuantitativas fueron agrupadas para simplificar el análisis, de estas se indicó la media, el valor absoluto y la proporción. De las variables cualitativas se indicó el valor absoluto y la proporción.

Para buscar asociación entre las distintas variables categóricas se utilizaron tablas de contingencia con el test de Chi cuadrado. En todos los datos, se consideró un nivel de significación de 0,05.

Aspectos éticos y normativos

El manejo de la información obtenida se realizó en estricta confidencialidad por parte del equipo investigador, incluyendo lo referenciado en la Ley 18.331 de Protección de Datos: "Toda persona física o jurídica tendrá derecho a solicitar la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los datos personales que le corresponda incluidos en una base de datos, al constatarse error o falsedad o exclusión en la información de la que es titular" (32). A su vez resguardando el interés individual de los encuestados y respetando el Decreto 158/019 así como la Declaración de Helsinki (33).

El estudio contó con la aprobación para su realización por parte del Comité de Ética del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

RESULTADOS

Se encuestaron 400 (10,01%) de 3994 (100%) funcionarios médicos y no médicos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Para caracterizar la población se tuvieron en cuenta: edad, turno laboral y función en el hospital.

La edad se clasificó en tres grupos: <30 años, entre 30 y 50 años y >50 años. La media de edad fue de 41,2 años.

Considerando el turno laboral, se dividieron 4 subgrupos (matutino, tarde, vespertino y noche). Dada la dinámica docente-asistencial del Hospital, se obtuvo un mayor número de encuestados en el turno matutino.

La encuesta incluyó funcionarios de todas las áreas del Hospital, quienes se categorizaron en 3 grupos: personal asistencial no médico n=185 (46,3%), que incluyó personal de enfermería, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos no médicos, y otros; personal médico n=68 (17%) compuesto por médicos y residentes, y otros funcionarios n=147 (36,8%) integrado por administrativos, personal de vigilancia y mantenimiento.

A continuación en la Tabla 1, se describen las demás características sociodemográficas de la población.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población.

| | Tabaquismo activo | | | Total |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| | SI (109) 27,25% | NO (291) 72,75% | | n=400 (100%) |
| | | No tabaquista (233) 58,25% | Ex tabaquista (58) 14,5% | |
| Edad | | | | |
| <30 | 16 (4%) | 38 (9,5%) | 6 (1,5%) | 60 (15%) |
| 30-50 | 72 (18%) | 152 (38%) | 33 (8,25%) | 257 (64,25%) |
| >50 | 21 (5,25%) | 43 (10,75%) | 19 (4,75%) | 83 (20,75%) |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 27 | 64 | 18 | 109 (27,25 %) |
| Femenino | 87 | 161 | 43 | 291 (72,75%) |
| Función en hospital | | | | |
| Personal asistencial no médico | 55 (13,75%) | 109 (27,25%) | 23 (5,75%) | 187 (46,75%) |
| Personal médico | 13 (3,25%) | 44 (11%) | 11 (2,75%) | 68 (17%) |
| Otros | 41 (10,25%) | 80 (20%) | 24 (6%) | 145 (36,25%) |
| Turno laboral | | | | |
| Matutino | 42 (10,5%) | 105 (26,25%) | 30 (7,5%) | 177 (44,25%) |
| Tarde | 23 (5,75%) | 51 (12,75%) | 12 (3%) | 86 (21,5%) |
| Vespertino | 24 (6%) | 44 (11%) | 5 (1,25%) | 73 (18,25%) |
| Noche | 20 (5%) | 33 (8,25%) | 11 (2,75%) | 64 (16%) |
| FRCV | | | | |
| HTA | | | | |
| Si | 16 (4%) | 31 (7,75%) | 10 (2,5%) | 57 (14,25%) |
| No | 93 (23,25%) | 202 (50,5%) | 48 (12%) | 343 (85,75%) |
| DM | | | | |
| Si | 3 (0,75%) | 9 (2,25%) | 4 (1%) | 16 (4%) |
| No | 106 (26,5%) | 224 (56%) | 54 (13,5%) | 384 (96%) |
| Dislipemia | | | | |
| Si | 14 (3,5%) | 25 (6,25%) | 7 (1,75%) | 46 (11,5%) |
| No | 95 (23,75%) | 208 (52%) | 51 (12,75%) | 354 (88,5%) |

Del total de encuestados, 109 (27,25%) eran fumadores y 291 (72,75%) no fumadores. Dentro de los no fumadores, 233 (80,06%) nunca fumaron y 58 (19,93%) eran ex tabaquistas.

El 3% (n=12) de los participantes dijo utilizar dispositivos electrónicos.

En ambos grupos predominó el sexo femenino en una relación 3:1.

Dentro de los fumadores, un 4% (n=16) eran hipertensos, 3,5% (n=14) dislipémicos y un 0,75% (n=3) diabéticos. Por otro lado, en el grupo de no tabaquistas un 7,75% (n=31) eran hipertensos, 6,25% (n=25) dislipémicos y un 2,25% (n=9) diabéticos. En el grupo de ex tabaquistas un 2,5% (n=10) eran hipertensos, 1,75% (n=7) dislipémicos y un 1% (n=4) diabéticos.

A continuación, en la Tabla 2, se describen las asociaciones entre el tabaquismo y los demás FRCV.

| Tabla 2. Asociación entre factores de riesgo cardiovascular y tabaquismo. | | | | |
|---|----------------|---------------|----------------|---------|
| | No (%) | Si (%) | X ² | Valor p |
| Diabetes Mellitus | | | | |
| No tabaquista | 69,5% (n 278) | 3,25% (n 13) | 0.607 | 0.436 |
| Tabaquista | 26,5% (n 106) | 0,75% (n 3) | | |
| Hipertensión arterial | | | | |
| No tabaquista | 62,5% (n 250) | 10,25% (n 41) | 0.023 | 0.881 |
| Tabaquista | 23,25% (n 93) | 4% (n 16) | | |
| Dislipemia | | | | |
| No tabaquista | 64,75% (n 259) | 8% (n 32) | 0.266 | 0.606 |
| Tabaquista | 23,75% (n 95) | 3,5% (n 14) | | |

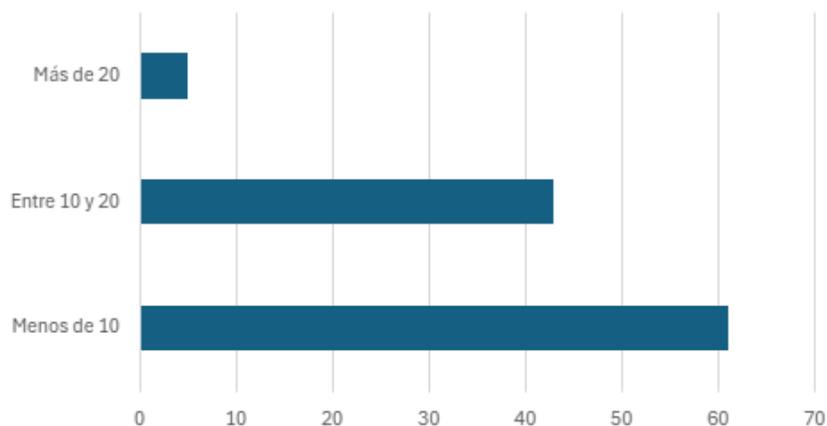
Se clasificaron como dicotómicas a las variables analizadas en la tabla (HTA, DM, dislipemia, tabaquismo), teniendo en cuenta la presencia o ausencia de estas.

No se observó una asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y los FRCV.

En cuanto a la asociación del tabaquismo con enfermedades respiratorias, se evidenció una prevalencia de 26% de bronquitis crónica. No se observaron casos de EPOC.

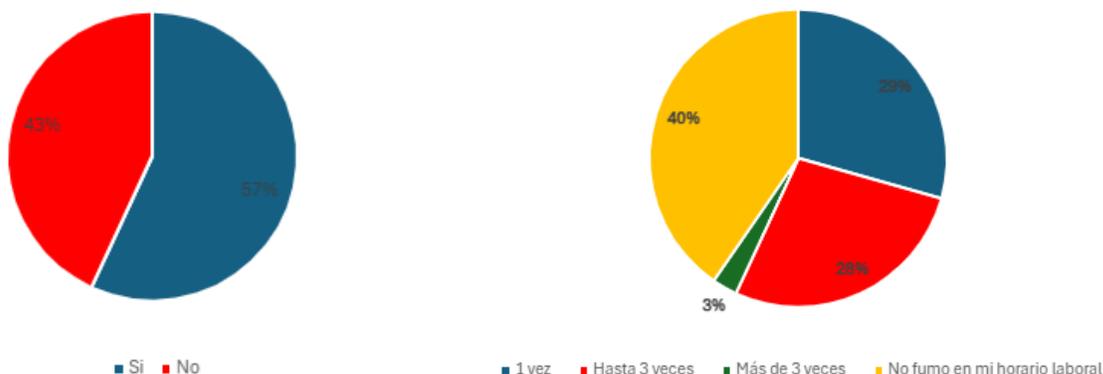
No se registraron encuestados con neoplasias de pulmón, otorrinolaringológicas o uroteliales.

Figura 1. Consumo de cigarrillos/día.



En cuanto al consumo de cigarrillos/día, se observó que un 56% (n=61) fumaba menos de 10 cigarrillos/día, el 39% (n=43) entre 10 y 20 cigarrillos/día, y solo un 5% (n=5) de los encuestados, más de 20 cigarrillos/día.

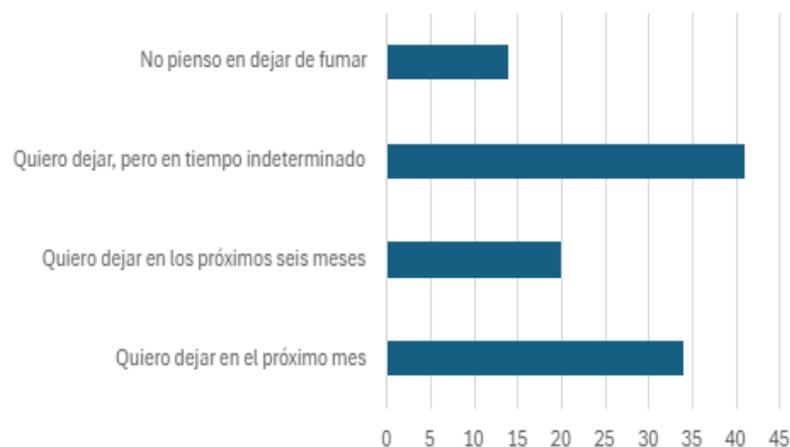
Figura 2 y 3. Consumo de tabaco y frecuencia durante la jornada laboral.



Respecto al consumo de tabaco en horario laboral, el 57% (n=62) de los fumadores afirmó fumar durante la jornada.

Un 29,4% dijo fumar al menos una vez durante su jornada, 27,5% hasta tres veces, y 2,8% más de tres veces.

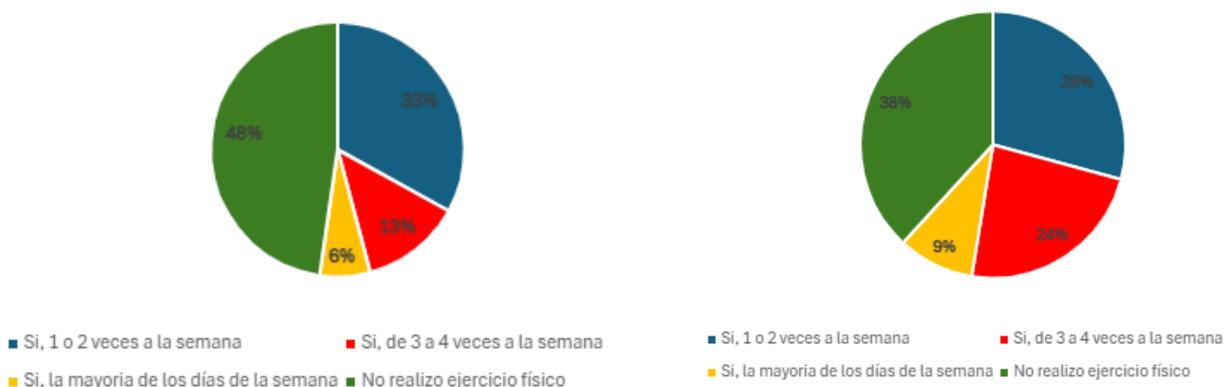
Figura 4. Grados de motivación para la cesación del tabaquismo.



En relación a los grados de motivación para el cese de tabaquismo, se observó que un 12,8% (n=14) no contemplaba la posibilidad de dejar de fumar. Por otro lado, de los que expresaron deseo de abandono, un 31,2% (n=34) planeaba dejar de fumar en el próximo mes, 18,3% (n=20) lo haría en un plazo de seis meses, mientras que 37,6% (n=41) no tiene un tiempo definido.

Cabe destacar, que un 80% de los tabaquistas tuvieron al menos un intento de abandono del hábito.

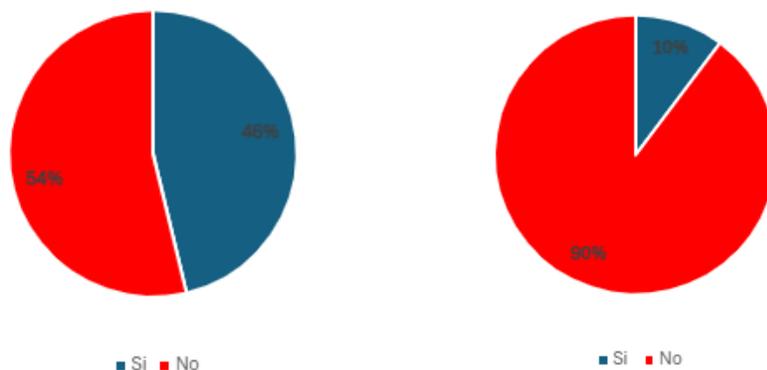
Figuras 5 y 6. Ejercicio físico en tabaquistas / no tabaquistas.



Respecto a la realización de ejercicio físico en los tabaquistas, los datos obtenidos mostraron que un 6% (n=7) de ellos lo realizaba la mayoría de los días de la semana, un 13% (n=14) de 3 a 4 veces, mientras que un 33% (n=36) lo hacía de 1 a 2 veces por semana. Sin embargo, se destaca que un 48% (n=52) de los encuestados no realizaba actividad física en absoluto.

En cuanto al grupo de no tabaquistas, se observó que un 9% (n=27) de ellos realizaba ejercicio la mayoría de los días de la semana, un 24% (n=68) de 3 a 4 veces, mientras que un 29% (n=85) lo hacía solamente 1 o 2 días. Un 38% (n=111) dentro de este grupo no realizaba actividad física.

Figuras 7 y 8. Conocimiento acerca de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas / Uso de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas.



En cuanto al conocimiento acerca de la UT del Hospital de Clínicas, se observó que el 54% (n=215) del total de encuestados no conocían su existencia.

De los 167 tabaquistas y ex tabaquistas, un 10% (n=17) concurrió a dicha UT al menos en una ocasión. Cabe destacar, que de los ex tabaquistas, 12% (n=7) acudió al servicio de la UT.

Por otra parte, 16,5% (n=18) de los tabaquistas asistieron alguna vez a una UT de otro centro de salud.

DISCUSIÓN

A pesar de más de 10 años de rigurosas políticas públicas antitabaco en Uruguay, la prevalencia del consumo de tabaco en los trabajadores del Hospital de Clínicas ha presentado un aumento respecto al último estudio publicado en 2005 por Cuesta y cols (10). Del presente estudio, se desprendió que un 27,25% de los entrevistados eran tabaquistas.

En contraposición a lo observado en nuestro estudio, los últimos datos nacionales obtenidos por el INE en el año 2018 indicaron una prevalencia de tabaquismo de 20,4% en la población general, resultado que se alineó a la tendencia a la baja que se venía observando en los últimos años (25).

Esto muestra que el aumento en la prevalencia de tabaquismo en la población estudiada podría deberse, entre otras, a estrategias insuficientes dirigidas a disminuir el consumo de tabaco en este sector de la sociedad.

Se observó un alto porcentaje de tabaquismo durante la jornada laboral (57%), a pesar de que el perímetro que rodea al Hospital debe constituir un área libre de humo de tabaco en conformidad con la normativa nacional. Si bien la Ley 18.256 (20) no define una distancia específica en la que no se deba fumar en torno a centros de salud, el consumo de tabaco de los funcionarios durante la jornada laboral en las inmediaciones del Hospital, podría exponer a los pacientes, acompañantes, y demás funcionarios a sustancias nocivas propias del humo de tabaco (nicotina, monóxido de carbono, alquitrán, entre otras) (34) ya que permanecen en la piel y vestimenta (35) de los trabajadores, representando un riesgo potencial para poblaciones vulnerables como recién nacidos y personas con enfermedades respiratorias crónicas. Esto podría considerarse como indicador directo del grado de dependencia a la nicotina. (Anexo 1).

Se plantea que debido a que solo un pequeño porcentaje de los tabaquistas presentó a su vez otro FRCV, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco y los demás factores estudiados.

Estos hallazgos no concordaron con lo observado en estudios internacionales, donde se evidencia una mayor prevalencia de HTA, DM y dislipemia en las personas

fumadoras, tal como se muestra en el artículo publicado por Pardell Alenta y cols. "Tabaco, presión arterial y riesgo cardiovascular" del año 2013 (36), y en la revisión sistemática de Reyes Méndez y cols. "Efectos cardiovasculares del Tabaquismo" publicada en el año 2020 (37).

Posibles explicaciones a esto son el desconocimiento de padecer HTA, DM o dislipemia, la media de edad de los encuestados (41,2 años) o la negación acerca del consumo de tabaco, entre otras.

Con respecto a la EPOC y los cánceres tabaco dependientes, no se observaron casos de estas patologías en la población encuestada. La media de edad de la muestra puede haber influido en los hallazgos, considerando que estas enfermedades suelen desarrollarse tras una exposición acumulativa y prolongada al humo de tabaco.

A su vez, el sistema de seguridad social de nuestro país provee de una jubilación anticipada a los trabajadores con enfermedades incapacitantes (38).

Los resultados mostraron que a pesar de que un 87,1% de los fumadores están en etapa de contemplación para el cese del hábito, el 56% de estos no conoce la UT que funciona en el Hospital. Solamente un 9,2% concurrió al menos una vez, y un 16,5% acudió a una policlínica de cesación de tabaquismo de otro centro de salud. Esto podría explicarse por la escasa difusión de la UT entre los trabajadores del Hospital.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Los datos mostrados respecto al consumo de tabaco durante la jornada laboral deben llevar a la reflexión tanto del personal sanitario como de las autoridades, dado que tiene un impacto negativo tanto en la salud de los trabajadores como en la exposición de terceros al humo de tabaco, y como se mencionó previamente, no existe un nivel de exposición seguro (1). Se debe trabajar conjuntamente para planificar nuevas políticas institucionales que aseguren que estos espacios sean 100% libres de humo de tabaco.

Creemos que el elevado porcentaje de tabaquistas en etapa de contemplación, podría utilizarse como una ventana de oportunidad para actuar sobre esta población. La escasa concurrencia de los funcionarios a las UT puede deberse a horarios acotados de atención, poca flexibilidad de la jornada laboral para concurrir a los controles, escasa difusión de los servicios que se brindan, entre otros.

Pretendemos que este trabajo sirva de punto de partida para el desarrollo de nuevas estrategias de promoción de la UT que contemplen a los trabajadores del Hospital.

El estudio presenta algunas debilidades que podrían haber influido en los resultados. En primer lugar, al ser unicéntrico y de ámbito público, se limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con características diferentes. Además, la media de edad de la población estudiada, predominantemente joven, podría haber influido en la baja prevalencia de FRCV, relacionados generalmente a edades más avanzadas. Por otro lado, la falta de datos objetivables, como mediciones de espirometría o presión arterial, limita la precisión de los resultados, al depender del análisis de factores no medidos de forma directa. Finalmente, la recolección de datos a través de una encuesta autoadministrada pudo debilitar los resultados debido al efecto de deseabilidad social, donde el encuestado se ve incitado a responder lo "socialmente aceptado", en lugar de responder con total honestidad.

A pesar de las debilidades antes citadas, creemos que nuestro estudio constituye un aporte fundamental al actualizar datos y ampliar la información acerca de algunas características de esta población, ya que se cuenta con pocos trabajos al respecto. Sería de interés profundizar en esta línea de estudio para obtener una visión más amplia de la situación del personal de salud.

Esto permitiría planificar nuevas estrategias antitabaco dirigidas a dicha población, promoviendo a futuro la creación de nuevas políticas públicas que contemplen las limitaciones de la UT identificadas en el presente estudio, como la baja concurrencia de los funcionarios a la misma y el escaso conocimiento de ésta en dicha población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tobacco [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. Ministerio de Salud Pública (UY). Morbimortalidad por ENT y factores de riesgo [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2022 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/FINAL%20Morbimortalidad%20por%20ENT%20y%20factores%20de%20riesgo.pdf>.
3. American Cancer Society. Riesgos para la salud debido al tabaquismo: Humo de segunda mano [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo/humo-de-segunda-mano.html>.
4. Sierra A, Bragulat E. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Med Integr [Internet]. 2001 [citado el 17 de noviembre de 2024];37(5):197–202. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-hipertension-arterial-riesgo-cardiovascular-10022761>
5. Gómez-Aranda C, García Perez A, González-Aragón Pineda A, Reyes-Giménez O. Asociación entre estrés laboral y dependencia nicotínica en trabajadores de la salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol 59. Núm 6. [Internet]. 2021. [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457769655011/html/#:~:text=El%20estr%C3%A9s%20laboral%20est%C3%A1%20relacionado,afrontamiento%20ante%20diversas%20situaciones%20estresantes>
6. Peña Coto C, Ramírez Muñoz J, Castro Vargas F. Infarto agudo del miocardio por estrés laboral. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2012 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-0015201200200012
7. Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P. Shift work and burnout among health care workers. Occup Med (Lond) [Internet]. 2014 [citado el 17 de noviembre de 2024] Disponible en: <https://academic.oup.com/occmed/article-abstract/64/4/279/1464114?redirectedFrom=fulltext&login=false>
8. Nea FM, Kearney J, Livingstone MBE, Pourshahidi LK, Corish CA. Dietary and lifestyle habits and the associated health risks in shift workers. Nutr Res Rev [Internet]. 2015 [citado el 17 de noviembre de 2024] Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/nutrition-research-reviews/article/dietary>

[-and-lifestyle-habits-and-the-associated-health-risks-in-shift-workers/2DB9B1106211DC12098C3C8EB3D56509](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286245)

9. Khani S, Rafiei S, Ghashghaee A, Masoumi M, Rezaee S, Kheradkhah G, et al. Cardiovascular risk factors among nurses: A global systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2024. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0286245>

10. Cuesta A, Kuster F, Lluberas R. Tabaquismo en el Personal y Usuarios de un Hospital Universitario: Consumo y Recomendación de Abandono. Rev Urug Cardiol [Internet]. 2005 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202005000200006

11. Yupeng Li SSH. Carcinogenic Components of Tobacco and Tobacco Smoke: A 2022 Update [Internet]. Nih.gov. 2022 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9616535/>.

12. Seo Y-S, Park J-M, Kim J-H, Lee M-Y. Cigarette smoke-induced reactive oxygen species formation: A concise review. Antioxidants (Basel) [Internet]. 2023 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3921/12/9/1732>

13. Stanislav K. The role of smoking in the mechanisms of development of chronic obstructive pulmonary disease and atherosclerosis. Int J Mol Sci [Internet]. 2023 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/10/8725>

14. American Cancer Society. Agentes cancerígenos en los productos de tabaco [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/agentes-cancerigenos-en-los-productos-de-tabaco.html>

15. Ministerio de Salud Pública (UY). Encuesta mundial sobre tabaco en jóvenes (GYTS) 2020 [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2020 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ENCUESTA_MUNDIAL SOBRE TABACO JOVENES GYTS.pdf

16. Fondo Nacional de Recursos (UY). Programa de Tratamiento del Tabaquismo [Internet]. Montevideo: Fondo Nacional de Recursos; [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: https://www.fnr.gub.uy/contenido_de_programa/programa-de-tratamiento-del-tabaquismo/.

17. Facultad de Medicina, Universidad de la República (UY). Unidad de Tabaquismo [Internet]. Montevideo: Facultad de Medicina; [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.medicab.hc.edu.uy/index.php/unidad-de-tabaquismo>.

18. Abascal W, Esteves E, Goja B, González F, Lorenzo A, Sica A. Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009.: Programa Nacional para Control del Tabaco. Arch Med Intern [Internet]. 2013 [citado el 17 de noviembre de 2024];35:1-16. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000400001

19. Uruguay. Decreto N° 268/2005. Prohibición de fumar en oficinas públicas. Prevención de la Salud. *Diario Oficial* [Internet]. 2005 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/268-2005#:~:text=Art%C3%ADculo%202,libres%20de%20humo%20de%20tabaco>.

20. Uruguay. Ley N° 18.256, de 21 de agosto de 2008. Control del consumo de tabaco y regulación de productos relacionados. *Diario Oficial* [Internet]. 2008 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18256-2008>.

21. Ministerio de Salud Pública (UY). Guía nacional para el abordaje del tabaquismo [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2021 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20Nacional%20para%20el%20Abordaje%20del%20Tabaquismo..pdf>.

22. Ministerio de Salud Pública (UY). Normativa de control de tabaco [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2018 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Normativa%20Control%20Tabaco.pdf>.

23. Uruguay. Ley N° 19.259, de 17 de septiembre de 2014. Ley General de Salud. *Diario Oficial* [Internet]. 2014 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19259-2014>.

24. Uruguay. Decreto N° 120/2019. Regulación de los productos del tabaco y sus derivados. *Diario Oficial* [Internet]. 2019 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/120-2019>.

25. Ministerio de Salud Pública (UY). Consumo de tabaco en Uruguay sigue tendencia a la baja y pasó de 21.6% de la población a 16.2% [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2024 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/consumo-de-tabaco-en-uruguay-sigue-tendencia-la-baja-y-paso-de-216-de>.

26. Semana del Corazón (UY). Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Montevideo: Semana del Corazón; 2023 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://semanadelcorazon.com.uy/2023/enfermedades-cardiovasculares/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20los%20%C3%BAltimos%20datos%20estad%C3%ADsticos,enfermedad%20cardiovascular%20en%20el%20Uruguay>.

27. Facultad de Medicina, Universidad de la República (UY). Artículo de Unidad de Tabaquismo [Internet]. Montevideo: Facultad de Medicina; 2021 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: https://www.medicaa.hc.edu.uy/images/Tabaco2021/Articulo_de_Unidad_de_Tabaquismo_.pdf.

28. Llambí L, Parodi C, Barros LM, Pippo DA. Cigarrillo electrónico: controversias y cautela. *Rev Med Urug (Montev)* [Internet]. 2014 [citado el 17 de noviembre de

- 2024]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000200009
29. Meng X-C, Guo X-X, Peng Z-Y, Wang C, Liu R. Acute effects of electronic cigarettes on vascular endothelial function: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2023 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/30/5/425/6783187?login=false>
30. Ministerio de Salud Pública (UY). Día Mundial sin Tabaco 2024 [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2024 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-mundial-sin-tabaco-2024>.
31. Chalmers S, Hill J, Connell L, Ackerley S, Kulkarni A, Roddam H. The value of allied health professional research engagement on healthcare performance: a systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09555-9>
32. Uruguay. Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008. Ley de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data. *Diario Oficial* [Internet]. 2008 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>.
33. Uruguay. Decreto N° 158/2019. Reglamento sobre la implementación de la ley N° 19.808, sobre etiquetado y advertencias en productos del tabaco. *Diario Oficial* [Internet]. 2019 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>.
34. Pitten L, Brüggmann D, Dröge J, Braun M, Groneberg D. Impact of different ventilation conditions on tobacco smoke-associated particulate matter emissions in a car cabin using the TAPaC platform [Internet]. Nih.gov. 2023 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10203320/>
35. Lidón-Moyano C, Díez-Izquierdo A, Martínez-Sánchez JM. Humo de tercera mano y otros retos del control del tabaquismo en población pediátrica. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2020;93(5):279–81. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403320301855>
36. Pardell Alenta H, Armario García P, Hernández del Rey R. Tabaco, presión arterial y riesgo cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2003;20(5):226–33. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183703713877>
37. Reyes-Méndez C, Fierros-Rodríguez C, Cárdenas-Ledesma R, Hernández-Pérez A, García-Gómez L, Perez-Padilla R. Efectos cardiovasculares del tabaquismo. *Neumol Cir Torax* [Internet]. 2019 [citado el 17 de noviembre de 2024];78(1):56–62. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000100056
38. Ley 20130 [Internet]. IMPO. [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20130-2023>

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos expresar nuestro agradecimiento a todo el personal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela por su disposición y colaboración en la realización de encuestas para nuestro estudio; en especial deseamos reconocer a las secretarías de la Clínica Médica B, Mariana y Graciela, por su contribución con nuestro proyecto.

Agradecemos al Comité de Ética por su aprobación oportuna, lo que nos permitió cumplir con los plazos establecidos por el curso de Metodología Científica II. Extendemos nuestro agradecimiento al personal de las cátedras de Métodos Cuantitativos, Medicina Preventiva y Social, y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, quienes nos brindaron asesorías, guiándonos en los fundamentos esenciales de la investigación científica.

De igual forma, queremos expresar nuestro agradecimiento a la Docente y Coordinadora Silvina Bartesaghi por su extrema dedicación y responsabilidad con el Curso de Metodología Científica II.

Por último, un especial reconocimiento a nuestros tutores, la Dra. Ximena Añón y el Dr. Sebastián Quinteros, por haber aceptado formar parte de este proyecto. Su orientación, paciencia y compromiso fueron fundamentales en la realización de este trabajo. El apoyo incondicional que nos brindaron han sido claves en el éxito de este largo trayecto que hoy culmina con la finalización de la presente Monografía.

ANEXOS

1. Test de Fagerström

| Pregunta | Respuesta | Puntuación |
|---|----------------|------------|
| ¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse? | < a 5 minutos | 3 |
| | 6-30 minutos | 2 |
| | 31-60 minutos | 1 |
| | > a 60 minutos | 0 |
| Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine...)? | Si | 1 |
| | No | 0 |
| ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar? | El primero | 1 |
| | Otros | 0 |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? | > de 30 | 3 |
| | 21 - 30 | 2 |
| | 11 - 20 | 1 |
| | < de 11 | 0 |
| ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día? | Si | 1 |
| | No | 0 |
| ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día? | Si | 1 |
| | No | 0 |
| Puntuación -Menor de 4: dependencia baja. -Entre 4 y 6: dependencia media. -Igual o mayor de 7: dependencia alta. | | |

2. Tabla de variables

| NOMBRE | CONCEPTO | CLASIFICACIÓN | ESCALA DE MEDIDA | VALORES POSIBLES |
|---|---|---------------|------------------|---|
| Edad | El lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. | Cuantitativa | Continua | 0 - ∞ |
| Sexo biológico | Es el conjunto de características estructurales y funcionales según las cuales un ser vivo es clasificado como hembra o macho. | Cualitativa | Nominal | Masculino o Femenino |
| Personal de salud | Persona que desempeña funciones relacionadas con la atención de salud y que ha recibido algún tipo de formación profesional. | Cualitativa | Nominal | Auxiliar de enfermería, médico/a, nutricionista, fisioterapeuta, administrativo, auxiliar de servicio, vigilancia, y personal de mantenimiento. |
| Turno laboral | Horario en el que desempeña la mayor parte de sus actividades en el hospital. | Cualitativa | Nominal | Matutino, Vespertino y Nocturno |
| Consumo de tabaco | Es el consumo de cigarrillos comunes o armados por parte del entrevistado. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Consumo de dispositivos electrónicos | Sistema electrónico inhalador diseñado en su origen para simular el consumo de tabaco sin quemarlo directamente. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Ejercicio físico | Actividad física de intensidad moderada-alta, realizada por una persona mayor a 18 años, de una duración mínima de 30 minutos al día, al menos cinco veces a la semana. | Cualitativa | Nominal | Si, 1 a 2 veces/semana / Si, 3 a 4 veces/semana / Si, la mayoría de los días de la semana / No realizo ejercicio físico. |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--------------|----------|--------------|
| Bronquitis Crónica | Inflamación de los bronquios que genera una producción regular de esputo durante tres o más meses en dos años consecutivos (en ausencia de otras condiciones que puedan explicarlo). | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| EPOC | Enfermedad pulmonar crónica, que se caracteriza por la obstrucción crónica al flujo de aire. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Diabetes | Enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar de forma eficaz la insulina que produce. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Dislipemia | Es la alteración de los niveles de lípidos (grasas) en la sangre. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| HTA | Se define como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Año de diagnóstico de HTA | Momento en que se certifica la enfermedad. | Cuantitativa | Continua | 0 - ∞ |
| IAM | Es la aparición brusca de una situación clínica de sufrimiento isquémico (falta de irrigación) a una parte del músculo del corazón producido por la obstrucción aguda o total de una o más arterias coronarias que lo alimentan. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Año de diagnóstico de IAM | Momento en que se certifica la enfermedad. | Cuantitativa | Continua | 0 - ∞ |
| ACV | Evento que sucede cuando se detiene el | Cualitativa | Nominal | Si / No |

| | | | | |
|---|---|--------------|----------|------------------------------|
| | flujo sanguíneo al territorio cerebral. | | | |
| Año de diagnóstico de ACV | Momento en que se certifica la enfermedad. | Cuantitativa | Continua | 0 - ∞ |
| Cesación de Tabaco | Proceso de dejar de fumar o de consumir productos de tabaco. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Intento de cesación de tabaco | Esfuerzo consciente y deliberado de una persona por dejar de fumar o de consumir productos de tabaco. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Frecuencia con la que fuma en la jornada laboral | Veces al día en que fuma durante el horario de trabajo. | Cuantitativa | Discreta | 1 vez, 2 o 3 veces, >4 veces |
| Conocimiento sobre Unidad de Tabaquismo | Servicio interdisciplinario que brinda asistencia profesional para ayudar a dejar de fumar. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Fumo en algún momento de su vida | Persona que en algún momento de su vida fumó, pero que actualmente no lo hace. | Cualitativa | Nominal | Si / No |
| Tiempo que fumo en el pasado | Días, meses o años que fumó en el pasado. | Cuantitativa | Continua | 0 - ∞ |
| Fumador pasivo | Persona que pese a no ser fumadora, aspira el humo de segunda mano (de otra persona si fumadora). | Cualitativa | Nominal | Si / No |

3. Encuesta Google Forms

| PREGUNTAS | OPCIONES DE RESPUESTAS |
|---|--|
| ¿Qué edad tiene? | |
| Cuál es su sexo biológico? | Masculino Femenino |
| ¿Qué función cumple en el Hospital de Clínicas? | Personal de enfermería Médico Personal asistencial NO médico Administrativo Auxiliar de servicio Vigilancia Personal de mantenimiento Otros |
| ¿En qué turno cumple la mayor parte de sus tareas? | Matutino Tarde Vespertino Nocturno |
| ¿Es usted tabaquista? | Si No |
| ¿Utiliza algún tipo de dispositivo electrónico para fumar? | Si No |
| A continuación, se le realizarán algunas preguntas acerca de su consumo de tabaco. | |
| ¿Hace cuánto tiempo fuma? | Menos de 5 años Entre 5 y 10 años Entre 10 y 15 años Más de 15 años |
| Número aproximado de cigarrillos que consume al día | Menos de 10 Entre 10 y 20 Más de 20 |

| | |
|--|---|
| ¿Tiene usted tos y flemas la mayor parte de los días en la mañana o durante el invierno? | Si No |
| ¿Alguna vez se realizó un estudio funcional respiratorio? | Si No |
| ¿Alguna vez le dijeron que tiene EPOC? | Si No |
| ¿Es usted diabético? | Si No |
| En caso de ser diabético, ¿Toma la medicación todos los días? | Si No |
| ¿Tiene usted presión alta? | Si No No sé, no me controlo la presión arterial |
| En caso de ser hipertenso, ¿toma la medicación todos los días? | Si No |
| ¿Tiene usted el colesterol elevado? | Si No No sé, no me he hecho estudios en el último año |
| En caso de tener el colesterol alto, ¿toma medicación todos los días? | Si No |
| ¿Tuvo usted alguna vez un infarto agudo de miocardio? | Si No |
| ¿Tuvo usted alguna vez un ACV? | Si No |
| ¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de estas enfermedades? | Cáncer de pulmón Cáncer de boca o garganta Cáncer de vejiga No, nunca me diagnosticaron ninguna de estas |

| | |
|---|--|
| ¿Realiza algún tipo de ejercicio físico? | <p>Si, 1 0 2 veces a la semana</p> <p>Si, de 3 a 4 veces a la semana</p> <p>Si, la mayoría de los días de la semana</p> <p>No realizo ejercicio físico</p> |
| ¿Alguna vez intentó dejar de fumar? | <p>Si</p> <p>No</p> |
| ¿Ha pensado en dejar de fumar? | <p>Si</p> <p>No</p> |
| En caso de que haya pensado en dejar de fumar, le gustaría hacerlo: | <p>En el próximo mes</p> <p>En los próximos seis meses</p> <p>Tiempo indeterminado</p> <p>No pienso en dejar de fumar</p> |
| Durante la jornada laboral, ¿suele salir a fumar? | <p>Si</p> <p>No</p> |
| En caso de hacerlo, ¿con qué frecuencia? | <p>1 vez</p> <p>Hasta 3 veces</p> <p>Más de 3 veces</p> <p>No fumo en mi horario laboral</p> |
| ¿Conoce usted la Unidad de Tabaquismo que funciona en este hospital? | <p>Si</p> <p>No</p> |
| ¿Cree usted que la Unidad de Tabaquismo es conocida entre sus colegas/compañeros? | <p>Si</p> <p>No</p> |
| ¿Alguna vez acudió a alguno de sus servicios? | <p>Si</p> <p>No</p> |
| ¿Alguna vez acudió a alguna otra policlínica para dejar de fumar? | <p>Si</p> <p>No</p> |
| Si usted contestó que no es tabaquista: | |
| Si no es tabaquista actualmente, ¿alguna vez lo fue? | <p>Si, soy ex tabaquista</p> <p>No</p> |

| | Solo he experimentado el cigarrillo alguna/s vez/veces |
|---|---|
| ¿Es usted fumador pasivo? | Si No |
| ¿Es usted diabético? | Si No No sé, no me he hecho estudios en el último año |
| En caso de ser diabético, ¿toma la medicación todos los días? | Si No |
| ¿Tiene usted presión alta? | Si No |
| En caso de ser hipertenso, ¿toma la medicación todos los días? | Si No |
| ¿Tiene usted el colesterol elevado? | Si No No sé, no me he hecho estudios el último año |
| En caso de tener el colesterol alto, ¿toma medicación todos los días? | Si No |
| ¿Tuvo usted alguna vez un infarto de miocardio? | Si No |
| ¿Tuvo usted alguna vez un ACV? | Si No |
| ¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de estas enfermedades? | Cáncer de pulmón Cáncer de boca o garganta Cáncer de vejiga No, nunca me diagnosticaron ninguna de estas |
| ¿Realiza algún tipo de ejercicio físico? | Si, 1 o 2 veces a la semana Si, 3 o 4 veces a la semana Si, la mayoría de los días de la |

| | semana |
|---|-----------------------------|
| | No realizo ejercicio físico |
| ¿Conoce usted la Unidad de Tabaquismo que funciona en este Hospital? | Si |
| | No |
| ¿Alguna vez acudió a alguno de estos servicios? | Si |
| | No |
| ¿Cree usted que la Unidad de Tabaquismo es conocida entre sus colegas/compañeros? | Si |
| | No |