

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE EMBARAZADAS FUMADORAS DE LA ZONA NORTE DE TENERIFE SOBRE LOS RIESGOS DEL TABAQUISMO”

Autora: Silvia Perdomo Calzadilla
Tutora: Prof. M^a Dolores Mora Benavente

Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud:
Sección de Enfermería
Tenerife
Junio 2019

RESUMEN

El tabaquismo es un hábito muy perjudicial para la salud que causa un gran número de muertes. Los efectos del tabaquismo son numerosos tanto para la persona fumadora como para sus hijos. En diversos estudios se ha encontrado un gran número de complicaciones en los hijos de madres fumadoras, tanto por tabaquismo activo como pasivo. El embarazo es un buen periodo para la cesación tabáquica debido a que las mujeres quieren evitar que sus hijos sufran los efectos perjudiciales debido al tabaco. Se debe dar apoyo a todas las personas que deseen dejar de fumar y se les puede incluir en programas antitabaco para ayudarles a abandonar el hábito.

El objetivo de este estudio es explorar el nivel de conocimientos de embarazadas fumadoras que acuden a los Centros de Salud y Consultorios Locales de la zona norte de Tenerife, sobre los riesgos del tabaquismo. Se realizará un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Las variables principales de este estudio son: fumador diario, cantidad de tabaco diario, ha intentado abandonar el hábito tabáquico, fumador pasivo, apoyo familiar y nivel de conocimientos sobre los efectos del tabaco en la madre y en el feto. Los datos serán recogidos en dos cuestionarios, uno es el Instrumento STEPS para enfermedades no transmisibles y el otro será de elaboración propia que será validado previamente. Los datos serán analizados con el programa estadístico Epi Info 3.3 para el cuestionario STEPS y con el programa estadístico SPSS 22.0 para el cuestionario de elaboración propia.

Palabras claves: embarazo, tabaquismo, tabaquismo pasivo y recién nacido.

ABSTRACT

Smoking is a harmful habit that causes a large number of deaths. The effects of smoking are many for the person that smokes and for its children. In different studies, it has been found a large number of problems in the offspring of mothers that smoke, for active smoking and for passive smoking. Pregnancy is a good period for smoking cessation as women want to avoid the harmful effects of tobacco in their children. It is important to give support to every person that wants to quit smoking and they can be included in anti-tobacco programs in order to help them to stop smoking.

The main objective of this study is to explore the level of knowledge of smoking pregnant women that go to health centers and local offices in the north zone of Tenerife, about the dangers of smoking. This study will be observational, descriptive and transversal.

The main variables employed are: daily smoker, daily amount of tobacco, has tried to quit smoking, passive smoker, family support and level of knowledge about the effects of tobacco in the mother and the foetus. The information will be presented in two questionnaires, the STEPs Instrument for noncommunicable diseases and other that will be self-managed, which will be evaluated prior to the assessment criteria. The statistical analysis of the data will be done using the statistical program Epi Info 3.3 for the STEPS questionnaire and with the statistical program SPSS 22.0 for the self-managed questionnaire.

Key words: pregnancy, smoking, passive smoking and newborn.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN-ANTECEDENTES	1
1.1. Problema.....	2
1.2. Tabaquismo activo	2
1.3. Tabaquismo pasivo	5
1.4. Cesación del tabaquismo	6
1.5. Métodos para medir niveles de tabaco	8
1.6. Medidas para reducir el consumo.....	9
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivo general	15
3.2. Objetivos específicos.....	15
4. METODOLOGÍA	16
4.1. Diseño.....	16
4.2. Población y muestra	16
4.3. Variables e instrumentos de medida.....	17
4.4. Métodos de recogida de la Información.....	19
4.5. Análisis estadístico.....	20
4.6. Consideraciones éticas	21
4.7. Cronograma	21
4.8. Presupuesto	22
5. BIBLIOGRAFÍA	23
6. ANEXOS	34
Anexo 1: Cuestionarios	34
Anexo 2: Plantilla de corrección test de conocimientos sobre tabaquismo	40
Anexo 3: Carta de solicitud de autorización a la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud	42
Anexo 4: Consentimiento informado del participante del estudio.....	43

1. INTRODUCCIÓN-ANTECEDENTES

El tabaquismo es un hábito frecuente en la sociedad, siendo el causante de un gran número de muertes al año. Más de 7 millones de personas mueren en el mundo debido al tabaco, de ellos, alrededor de 890 000 ni si quiera son fumadoras, sino que han estado expuestos a humo ambiental ⁽¹⁾. La OMS en 2002 publicaba que casi un billón de hombres y 250 millones de mujeres eran fumadores diarios ⁽²⁾, mientras que en 2015 actualizaba los datos, mostrando que los fumadores eran 721 millones de hombres y 158 millones de mujeres ⁽³⁾. Esta diferencia entre sexos entre ambas publicaciones era debida a la asociación del tabaquismo como un hábito masculino, que con el paso de los años ha cambiado, disminuyendo la prevalencia de tabaquismo en hombres mientras que los porcentajes de fumadoras han ido en aumento, tendiendo a equilibrarse ambos sexos. Se define como tabaquismo a “la adicción crónica a la nicotina que produce dependencia física y psicológica así como un gran número de enfermedades, siendo la primera causa mundial de enfermedades y muertes evitables” ⁽⁴⁾. Las principales causas de muerte relacionadas con el tabaquismo según la OMS, son el cáncer (de labios, de cavidad bucal y faringe, de laringe, de tráquea, de esófago y de bronquios y pulmones), la cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores ⁽⁵⁾.

Según el informe de Patrones de mortalidad en España, entre 2011 y 2016 la tasa de mortalidad por causas relacionadas con el tabaquismo (cáncer de pulmón), descendió un 21,5% en hombres, mientras que aumentó un 86,9% en mujeres, mostrando la incorporación tardía de mujeres al tabaco en comparación a los hombres ⁽⁵⁾. A pesar de que la prevalencia del tabaquismo sigue siendo mayor en el hombre, según la Encuesta Europea de Salud del año 2014, 4.084,9 mujeres fuman a diario en comparación con 5.776,1 hombres ⁽⁶⁾ y la media de inicio en el tabaquismo es aún algo inferior en mujeres (17,80 años) que en hombres (17,07 años) ⁽⁷⁾, cifras que reflejan el equilibrio entre sexos respecto al tabaquismo. Es similar la prevalencia en rangos de edades entre 15 y 45 años ⁽⁶⁾, correspondiendo con la etapa reproductiva de las mujeres, siendo el tabaco aún más perjudicial para aquellas fumadoras embarazadas por los daños que produce en el feto. En España, el tabaquismo en mujeres en edad reproductiva tiene mayor prevalencia en las que tienen bajos niveles de estudios, que duplican a aquellas con estudios superiores ⁽⁸⁾.

1.1. Problema

El tabaco es perjudicial para la salud de las personas, siendo un factor de riesgo para numerosas enfermedades. Afecta tanto a la persona que fuma como a los que están en su entorno y, en mujeres embarazadas, también perjudica al feto, aumentando el riesgo de que se produzcan complicaciones tanto durante el embarazo como en el recién nacido.

La pregunta planteada es: ¿Las mujeres que controlan su embarazo en los Centros de Salud y Consultorios Locales de la Zona Norte de la isla de Tenerife, conocen los riesgos que tiene el tabaquismo para su salud y la del feto?

1.2. Tabaquismo activo

Un fumador activo es aquel que fuma actualmente ⁽⁹⁾. El tabaco está relacionado con enfermedades crónicas, como el cáncer (de pulmón, labios, boca, garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, colon, etc.), diabetes y enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Además, en la mujer embarazada, el tabaquismo afecta tanto a la madre como al bebé, ya que aumenta el riesgo de abortos espontáneos (cuando el consumo es superior a 10 cigarrillos por día ⁽¹⁰⁾), de embarazo ectópico ⁽¹²⁾ (riesgo 18 veces mayor ⁽¹¹⁾), de placenta previa, de rotura prematura de membranas ⁽¹³⁾ y parto prematuro ⁽²⁾.

La mujer puede tener una reducción de fertilidad, gestaciones más tardías, menopausia precoz y mayor riesgo de cáncer de mama ⁽¹⁴⁾. En un estudio se encontró que podían desarrollar trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, derrames cerebrales, ataques al corazón y tienen más probabilidades de desarrollar gripe, neumonía, asma y úlceras gastrointestinales, aunque se encontraron menos posibilidades de experimentar diabetes gestacional, preeclampsia y eclampsia ⁽¹⁵⁾.

El feto puede presentar menor peso para la edad gestacional (120-150 gramos menos aproximadamente), menor tamaño (0,53 cm menos), circunferencia craneal menor (0,35 cm menos) ⁽¹⁷⁾, ser mortinatos, pueden aparecer anomalías congénitas (cardiovasculares, miembros pequeños, microcefalia, labio leporino y paladar hendido), riesgo de muerte súbita ⁽¹⁴⁾, trastornos genéticos, problemas respiratorios en la infancia (como bronconeumonía, membrana hialina ⁽¹³⁾ y asma ⁽¹⁴⁾) y mayor probabilidad de fumar cuando sean adolescentes ⁽¹⁸⁾. Además de mayor riesgo de desarrollar en la infancia obesidad, hipertensión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y problemas conductuales.

Hay relación entre la dosis y los efectos del tabaquismo, siendo mayor el riesgo de que los niños sean pequeños para la edad gestacional, con bajo peso al nacer, con crecimiento intrauterino restringido y de tener un parto prematuro cuanto mayor sea el número de cigarrillos fumados al día por la embarazada ^{(19), (20)}. El riesgo es aún mayor en mujeres con antecedentes de partos prematuros o con bajo peso al nacer que fumaron durante anteriores gestaciones y que fuman en la actual, teniendo casi cuatro veces más probabilidades de volver a sufrir las mismas consecuencias ⁽²¹⁾.

También hay una correlación positiva entre número de cigarrillos y número de días de oxigenoterapia necesarios en niños que ingresan en el hospital por problemas respiratorios, siendo mayor la necesidad cuanto mayor sea el número de cigarrillos fumados y provocando una peor evolución clínica del niño ⁽²²⁾.

1.2.2. Enfermedades respiratorias

El cigarrillo provoca descensos del flujo de sangre uterina materna debido a vasoconstricción de las arterias uterinas y aumento de la carboxihemoglobina fetal. La nicotina junto a otros productos del cigarro hace que envejezca la placenta, produciendo hipoxia fetal crónica por reducción del flujo útero-placentario de oxígeno ⁽²³⁾.

Los lactantes en el primer año de vida tienen mayor riesgo de desarrollar sibilancias recurrentes, roncus persistentes, tos nocturna, más resfriados al año y asma ⁽²⁴⁾. El tabaquismo está vinculado con al menos un episodio de sibilancia durante el primer año de vida, siendo mayor cuando los valores de cotinina son más altos ⁽²⁵⁾. Como factores de riesgo para la presencia de sibilancias y su velocidad de aparición en los primeros 2 años, se encuentran los antecedentes familiares de rinitis o asma, que haya fumadores en el domicilio, la historia de asfixia al nacer y la prematuridad ⁽²⁶⁾.

1.2.2. Obesidad

La OMS describe un aumento de obesidad en niños y adolescentes desde el año 1975 hasta el 2016, aumentando de un 4% a un 18%. La obesidad infantil está asociada con mayor riesgo de discapacidad en la edad adulta, dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos ⁽²⁷⁾. Diversos estudios muestran una relación entre el tabaquismo y la obesidad infantil.

Mitzutani et al en su estudio encontraron una relación entre el tabaquismo gestacional y la obesidad infantil en niños de 5 años que habían estado expuestos durante el embarazo. Los resultados de sobrepeso y obesidad fueron mayores en los

niños cuyas madres fumaron durante el embarazo que en aquellos cuyas madres no fumaron ⁽²⁸⁾. En 2009, Suzuki et al analizaron de nuevo esta población para comprobar si la obesidad persistía a la edad de 9-10 años. Sus resultados mostraron que seguía habiendo una asociación entre tabaquismo y sobrepeso y obesidad en estos niños, aunque los resultados eran menores que cuando tenían 5 años ⁽²⁹⁾.

En otros estudios, al comparar a los niños de madres fumadoras con los que no lo son, se halla que a pesar de que los niños al nacer son pequeños para la edad gestacional, consiguen un aumento de peso más rápido en los primeros 5 meses de vida que los que son de madres que no fuman, aumentando el riesgo de obesidad, siendo este riesgo mayor en las niñas ⁽³⁰⁾, ⁽³¹⁾. Los adultos cuyas madres fumaron en el embarazo, tienen un índice de masa corporal y un perímetro de cintura mayores que los que son de madre no fumadora, habiendo asociación entre la circunferencia de la cintura y el número de cigarrillos fumados ⁽³²⁾.

Se encontró que las exfumadoras no tuvieron niños con sobrepeso, mientras que sí hubo relación con aquellas que fumaron al inicio de la gestación, que tienen mayor riesgo de que su hijo desarrolle sobrepeso ⁽³³⁾.

En todos estos estudios, el tabaquismo en la embarazada está relacionado con un aumento de peso en los niños expuestos, a pesar de ser de poblaciones distintas, con distintas edades y prevalencia de obesidad.

1.2.2. Hipertensión

Hay controversia en cuanto a la relación de la exposición al tabaco intra útero y la hipertensión, encontrando investigaciones que no muestran relación alguna entre ambos ⁽³⁴⁾ y estudios que evidencian esta asociación, con resultados de un aumento de la tensión arterial sistólica entre niños de 1 y 6 años expuestos al tabaco, estando la presión arterial inversamente relacionada con el peso al nacer, siendo de 2-3 milímetros de mercurio mayor por kilo de peso. La tensión arterial sistólica de niños de 6 años de edad con madres que fumaban más de 20 cigarrillos al día tenían un aumento mayor, de 3,4 mm de mercurio, con un aumento también de la tensión diastólica, de 2,2 mm de mercurio ⁽³⁵⁾. Hay evidencia de mujeres adultas expuestas a tabaco durante el embarazo, que tienen más riesgos de presentar hipertensión ⁽³²⁾, ⁽³⁶⁾. Los niños de madres que dejaron de fumar y de fumadoras al inicio de la gestación presentaron una presión arterial sistólica mayor ⁽³³⁾.

1.2.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Se ha observado una relación entre la exposición al tabaco durante el embarazo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, encontrando resultados que muestran esta relación. Los niños no expuestos a tabaco tenían menos síntomas de TDAH que los demás, siendo incluso mayor la diferencia cuando ninguno de los padres fumaba en comparación con cuando ambos fumaban. Además, hay relación entre la cantidad de cigarrillos fumados y el desarrollo de TDAH en el niño, siendo mayor cuanto más se fumara ⁽³⁷⁾.

1.2.2. Problemas de conducta

Se ha asociado el tabaquismo con una mayor necesidad de ser atendidos, peor autocontrol, mayor excitabilidad y agitación en niños expuestos a los 10 y 27 días. Estos niños requieren más ayuda para mantener un estado de alerta tranquilo (tanto para despertarlo como para calmarlo cuando está llorando) y presentan mayor dificultad para auto controlarse, siendo más irritables y teniendo menor capacidad para calmarse a sí mismos, además de un aumento del estado de excitabilidad y agitación en el periodo neonatal más tardío. El riesgo de la aparición de estos problemas es mayor cuando la madre fuma mucho (más de 20 cigarrillos al día) ⁽³⁸⁾.

1.3. Tabaquismo pasivo

El tabaquismo no solo afecta a los fumadores, también a las personas de su alrededor, el tabaquismo pasivo es responsable de numerosas muertes y tiene efectos en el organismo ⁽²⁾. El humo de segunda mano o tabaquismo pasivo, es el humo que sale de los cigarrillos u otros productos con tabaco al ambiente, que lo respira, normalmente de manera involuntaria, una persona distinta de la que está fumando ⁽³⁹⁾. Los fetos de madre no fumadoras que están expuestos al humo de tabaco presentan problemas por el paso de distintos compuestos del humo por medio de la placenta, pudiéndose comparar con un consumo medio de 4-6 cigarrillos/día ⁽¹⁶⁾.

La placenta se ve alterada, pudiendo presentar necrosis isquémica, infartos retroplacentarios, etc. que junto a niveles altos de carboxihemoglobina en la sangre materna, producen más complicaciones como hemorragias, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y mayor hipoxia fetal ⁽¹⁶⁾.

En niños, el tabaquismo pasivo está asociado con bajo peso al nacer, aumenta el riesgo de malformaciones y mortinatos ⁽⁴⁰⁾, de presentar enfermedades tumorales y

efectos mentales a largo plazo, de muerte súbita en recién nacidos ⁽²⁾ y enfermedades respiratorias como bronquitis, neumonía e inducción y exacerbación del asma ^{(24), (39)}.

1.3.1. Enfermedades respiratorias

En un estudio en Zaragoza, se encontró que más del 50% de los menores de 14 años que participaron, convivían con personas fumadoras en el hogar. Se llevó a cabo una investigación para ver la relación entre el tabaquismo pasivo y patologías respiratorias, siendo los resultados mayores en aquellos niños expuestos al humo del tabaco, con mayores riesgos cuanto menor fuera la edad del niño y estando relacionado con el número de cigarrillos fumados por la madre, que aumenta el riesgo ⁽⁴¹⁾. Además, los niños menores de 5 años de países pobres como África o el sudeste asiático presentaron en un estudio el mayor número de muertes por infecciones respiratorias, debido a la combinación del tabaquismo pasivo con enfermedades infecciosas y falta de atención médica adecuada ⁽³⁹⁾.

El humo del tabaco es un factor que afecta a la capacidad respiratoria de los niños, disminuyéndola, esto aumenta el riesgo de desarrollar obstrucciones graves de la vía aérea, sibilancias y enfermedades de las vías respiratorias bajas. Distintos estudios muestran relación entre la exposición a los gases del tabaco con menor función respiratoria, sibilancias tardías en el primer año de vida (siendo más frecuentes en el sexo masculino), bronquitis, otitis del oído medio ⁽⁴²⁾, roncus persistentes, tos nocturna, más resfriados al año y mayor número de diagnósticos de asma ⁽²⁴⁾.

1.3.2. Obesidad

También se ha encontrado relación entre el tabaquismo pasivo y la obesidad infantil, Von Kries et al publicaron un estudio en el que los niños expuestos al tabaquismo pasivo por alguno de sus padres tenían mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, 18,6% y 6,3% respectivamente, que los no expuestos, 10,9% y 2,6% respectivamente ⁽⁴³⁾.

1.4. Cesación del tabaquismo

Los efectos del tabaquismo reducen ampliamente cuando se deja de fumar. Es un proceso complicado, que necesita la voluntad del paciente como requisito indispensable. Las razones para dejar de fumar son múltiples: aumento de costes en el precio, enfermedades en el fumador, familiares que han muerto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo ⁽²⁾, la información proporcionada por el personal sanitario (que hace que los pacientes se planteen dejar de fumar), el conocimiento que tienen de

los efectos nocivos, la voluntad propia de dejar de fumar, estar embarazada y el apoyo familiar, social y sanitario ⁽⁴⁴⁾. Para dejar de fumar, a los hombres, les motivan más las indicaciones médicas, mientras que las mujeres quieren ser un ejemplo para sus hijos (siendo este el factor principal para dejar de fumar, tanto en hombres como en mujeres adultas), prevenir enfermedades o mejorar su estética ⁽⁴⁵⁾.

El embarazo es un periodo común para dejar de fumar, ya que las mujeres quieren evitar los efectos nocivos en sus hijos. Durante la gestación va disminuyendo el número de mujeres que fuman, alrededor de un 10% de mujeres dejan de fumar cuando se enteran de que están embarazadas y un 20% lo hace durante el embarazo, siendo menor la prevalencia de fumadoras en el tercer trimestre que en los dos anteriores ⁽⁴⁶⁾. Las recaídas son bastante comunes, la mayoría de las mujeres que lo abandonan, vuelven a fumar tras un año del parto ⁽⁴⁷⁾, al igual que muchas mujeres logran dejar de fumar, pero recaen cuando aún están embarazadas ⁽⁴⁴⁾.

Se asocian factores negativos con la probabilidad de abandonar el consumo de tabaco durante el embarazo como son empezar a fumar a edades tempranas ⁽³³⁾, tener otros hijos, que la pareja fume, el número de cigarrillos fumados: si fuman poco (entre 1 y 9 cigarrillos diarios), o moderadamente (entre 10 y 19 cigarrillos diarios) tendrán más probabilidades de dejar de fumar que si fuman mucho (más de 20 cigarrillos al día) y el estado emocional, ya que recurren al tabaco como manera de calmarse y desestresarse ⁽⁴⁴⁾.

También hay factores positivos que son: estar casada o tener pareja estable ⁽³³⁾, un mayor nivel educativo ⁽⁴⁶⁾, tener una atención prenatal adecuada (en la primera consulta suele producirse una disminución espontánea del número de cigarrillos fumados), acudir a las visitas prenatales y que sea el primer embarazo ⁽⁴⁴⁾.

Se encuentran datos interesantes en los estudios de Ribot et al. y de Jané Checa, en los que se estima que las mujeres que abandonan el tabaco al principio del embarazo y no están expuestas al humo del mismo, tendrán el mismo riesgo de sufrir partos prematuros e hijos pequeños para la edad gestacional que aquellas mujeres que no fuman. Demostrando la importancia de dejar de fumar desde que se tiene conocimiento de estar embarazada para evitar en la medida de lo posible algunas de las complicaciones. Las mujeres que fuman y que están expuestas al tabaco tienen mayor riesgo de partos prematuros y de hijos con menor peso que las no fumadoras ⁽⁴⁹⁾ y, sin embargo, en aquellas que han dejado de fumar antes de quedarse embarazadas, el riesgo es similar a las que nunca han fumado. El riesgo de prematuridad está relacionado con el número de cigarrillos fumados ⁽⁴⁷⁾.

1.5. Métodos para medir niveles de tabaco

El interés de emplear métodos para comprobar si el paciente fuma se debe a que en algunas ocasiones, el paciente puede ocultar sus hábitos, como ocurre en mujeres embarazadas. En el caso de estas se debe al estigma social que conlleva fumar durante el embarazo, por los riesgos a los que está sometiendo al feto. En un estudio de Mateos Vílchez et al, la ocultación del consumo en mujeres embarazadas fue del 19,6%, siendo mayor en el tercer trimestre ⁽⁴⁸⁾.

Esta evaluación puede ser llevada a cabo de diferente manera. Se puede realizar mediante muestras convencionales como sangre y orina y no convencionales como saliva, meconio y pelo del feto y de la madre, con los que se logran distintos resultados de la exposición e información del periodo de embarazo en el que se usó alguna droga. Por ejemplo, los resultados del líquido amniótico muestran exposición en el principio del embarazo, en el meconio del segundo y tercer trimestre, en el pelo fetal la del tercer trimestre y en el pelo materno de todo el embarazo. También se puede realizar mediante muestra de sangre materna, de saliva o sudor, pero en estos casos sólo se verán resultados positivos cuando la mujer haya consumido drogas horas antes de la toma de muestras y no proporcionan mucha información sobre la exposición fetal a estas. En cambio, la placenta puede proporcionar información del paso de la sustancia al feto ⁽⁵⁰⁾.

Para medir el nivel de tabaco en un paciente, se puede estudiar la nicotina y la cotinina (en plasma, saliva y orina), el monóxido de carbono (CO) en aire espirado y la carboxihemoglobina en sangre ⁽⁵¹⁾.

1.5.1. Nicotina

La adicción al tabaco es debida a esta sustancia, que se encuentra en los cigarros en gran cantidad (1-2mg por cigarrillo). Los valores de nicotina en sangre varían y en orina su duración es corta, además su vida media es de alrededor de 2 horas, por eso no es el marcador más usado, ya que no permite conocer la exposición de pacientes fumadores crónicos ni identificar a fumadores pasivos ⁽⁵¹⁾.

La nicotina pasa a la leche materna, siendo mayor que su concentración en la sangre de la madre, pero solo se excreta un 10%. La concentración de nicotina en leche tiene una vida media algo mayor que en orina. Los valores varían según los siguientes factores: número de cigarros que fume, frecuencia de lactancia materna y el tiempo que pasa entre que fuma y amamanta. A pesar de esto, es recomendable que la madre siga

dándole el pecho a su hijo ⁽⁵²⁾, pero se recomienda que separen la toma del último cigarrillo fumado, para disminuir la exposición en el niño ⁽⁵³⁾.

1.5.2. Cotinina

La cotinina es el principal metabolito de la nicotina. Es un marcador con alta especificidad y sensibilidad, su vida media es de 18-20 horas. Al ser mayor que la de la nicotina es uno de los mejores marcadores para detectar la exposición de tabaco, tanto en fumadores activos como pasivos ⁽⁵¹⁾.

La cotinina en sangre del cordón umbilical ha resultado ser un marcador muy adecuado ya que muestra niveles de exposición tanto activa como pasiva de la madre, permitiendo demostrar el consumo bajo o esporádico de tabaco. Además, es muy sensitivo y es una medida no invasiva, por lo que es útil para ver la exposición del recién nacido al tabaco ⁽⁵⁴⁾.

1.5.3. Monóxido de carbono

Se halla en aire espirado, su vida media es corta y tiene el inconveniente de que la muestra puede presentar un efecto acumulado por emisiones de monóxido de carbono que se encuentran en el ambiente, de los coches, por ejemplo. Los resultados estarán influidos por el consumo previo, el tiempo que ha pasado desde que fumó el último cigarro y la contaminación que haya en el ambiente. Por estas razones, no es un marcador muy útil para medir el nivel de tabaquismo de los pacientes ⁽⁵¹⁾.

1.5.4. Carboxihemoglobina

El monóxido de carbono que inhalamos pasa a la sangre como cualquier otro gas, haciendo que se puedan medir los niveles mediante muestras de sangre, estudiando la carboxihemoglobina (COHb), pero no es un método usado comúnmente con este propósito ⁽⁵¹⁾.

1.6. Medidas para reducir el consumo

1.6.1. Convenio Marco

Este convenio fue aprobado en mayo de 2003 por la Organización Mundial de la Salud, entrando en vigor el 27 de febrero de 2005 ⁽⁵⁵⁾. Su finalidad es la de contribuir a la reducción del consumo de tabaco y a la exposición de su humo, mediante medidas para su control a nivel nacional, regional e internacional.

En una parte del convenio se tratan medidas para la educación de la población mediante el acceso a información sobre los riesgos del consumo del tabaco, para concienciarles de estos y de los beneficios de la cesación del consumo, entre otras. Al igual que se encuentran medidas dirigidas al personal sanitario, con programas de formación y sensibilización para que puedan realizar intervenciones breves y sencillas, pero útiles para obtener la información necesaria para actuar en aquellos pacientes que fumen, sobre todo en los de alto riesgo como son las embarazadas ⁽⁵⁶⁾.

1.6.3. Política MPOWER

Se trata de un plan de medidas para poner freno a la epidemia del tabaquismo, basado en el Convenio Marco de la OMS. Es una herramienta útil para los distintos países que desean reducir el consumo de tabaco y proteger a sus ciudadanos de las enfermedades no transmisibles, como el tabaquismo. La meta es lograr un mundo sin tabaco, en el que ninguna persona esté expuesta a su humo.

Consta de las siguientes medidas ⁽⁵⁷⁾:

- Monitor: vigilar el consumo de tabaco.
- Protect: proteger a la población del humo del tabaco.
- Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.
- Warn: advertir a la población de los peligros del tabaco.
- Enforce: hacer que se cumplan las prohibiciones establecidas sobre la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
- Raise: incrementar los impuestos del tabaco.

1.6.4. Educación sanitaria

La educación es una de las medidas más importantes, se debe realizar en las consultas prenatales e incluir tanto a la mujer embarazada fumadora como a sus parejas, ya que es bueno que ellos también dejen de fumar, para evitar el tabaquismo pasivo en la mujer y el feto y evitar, también, recaídas de la embarazada, al ser más complicado la abstinencia al tabaco en presencia de otros fumadores. Mostrando esto la importancia del apoyo mutuo entre la pareja y el apoyo de la familia para lograr los resultados ⁽⁴⁴⁾. En algunas ocasiones, las mujeres continúan fumando por tener poca información sobre los riesgos que supone el tabaco, tanto para ella como para su futuro hijo ⁽⁵⁸⁾. Por esto es muy importante explicar a las mujeres los riesgos del consumo.

Es un requisito indispensable identificar a las fumadoras desde las primeras visitas, para lograr un seguimiento continuo y mejorar así las posibilidades de éxito en la

cesación del tabaquismo. Sería idóneo intervenir en las mujeres no sólo cuando estén embarazadas, sino desde que entren en la etapa reproductiva, para prevenir que empiecen a fumar y controlar también el tabaquismo en su entorno, para evitar el tabaquismo pasivo ⁽⁵⁹⁾, ⁽⁶⁰⁾. Sería oportuno realizar sobre todo estas intervenciones en grupos de riesgo como son las mujeres jóvenes, las que tienen pocos estudios y aquellas que fuman una gran cantidad de cigarrillos (más de 20 al día) ⁽⁶⁰⁾. Además, en embarazadas, la cesación del tabaquismo al principio de la gestación reduce en gran medida las posibles complicaciones, por eso es conveniente realizar estas intervenciones lo antes posible ⁽¹⁷⁾. Por ejemplo, evitar el tabaquismo en mujeres con antecedentes de hijos con bajo peso, podría reducir en un 24% el riesgo de esta complicación ⁽²¹⁾. También se han encontrado menores nacimientos de bajo peso reduciendo el número de cigarrillos, sin eliminar su uso completamente, lo que significa que para mujeres que no logren dejar de fumar por diversas causas, como tener una alta dependencia al tabaco y sus efectos, se puede proponer disminuir el número de cigarrillos diarios, para así intentar reducir las complicaciones ⁽⁶¹⁾.

Son importantes las sesiones de apoyo para evitar recaídas, ya que la deshabituación tabáquica es un periodo complicado, en el que se necesita mucha voluntad y apoyo, sobre todo cuanto mayor sea la adicción a la nicotina.

Hay múltiples estrategias para lograr disminuir el consumo de tabaco, como son la subida de impuestos del producto, el uso de imágenes impactantes en las cajetillas de cigarrillos que informan visualmente sobre las posibles consecuencias de fumar, como leyes para intentar reducir el consumo y beneficiar a los no fumadores, como la Ley 42/2010, de 30 de diciembre que regula el humo en espacios públicos ⁽⁶²⁾, así como programas antitabaco ⁽⁵⁵⁾.

1.6.5. Programas antitabaco

a. En el colegio:

La enseñanza desde edades tempranas es beneficioso para la prevención, ya que se actúa antes de que los niños comiencen a fumar, evitando así las posibles complicaciones en el futuro. Además, es un lugar en el que será fácil llegar a un gran número de personas, ya que los jóvenes acuden al colegio todos los días, favoreciendo la realización de talleres y charlas sobre educación sanitaria.

Hay numerosos programas que se pueden realizar, entre ellos encontramos los siguientes ⁽⁶³⁾, ⁽⁶⁴⁾:

- Programas basados en la información: son sobre la prevalencia del consumo de sustancias como el tabaco y los riesgos que conlleva su empleo.

- Programas basados en las habilidades sociales: en ellos, se aprende mediante imitación, aprendiendo a través de la observación de la conducta de las personas que se encuentran en el mismo medio, que se apoya con refuerzos positivos o negativos. Están basados en la teoría del aprendizaje social de Bandura.

- Programas de influencia social: remarca el ambiente como elemento crítico en el consumo de tabaco. Tienden a ser los más efectivos.

- Programas multimodales: combinan elementos de varios e incluyen a las familias mediante actividades y programas dirigidos a ellos, emplean también políticas comunitarias y legislación.

Los programas funcionan cuando no requieren mucho tiempo y son individualizados, usando distintas estrategias según edad y género. Es favorable realizar seguimientos posteriores para evaluar la efectividad a largo plazo y comprobar si es necesario realizar más programas del mismo tipo para reforzar la información que se proporciona. También sería conveniente incluir a la familia, para que supervisen a sus hijos y eviten el consumo de tabaco en casa ⁽⁶⁵⁾.

b. En atención primaria:

En atención primaria, la prevención del tabaquismo se realiza desde que el paciente entra a consulta, en la que recibirá el apoyo de su enfermera y la información que necesite.

La “estrategia de las 5aes” es muy útil para atención primaria, en ella se obtiene de manera fácil información relevante sobre los hábitos del paciente, para así saber si es necesario intervenir. Es llevada a cabo mediante el uso de los siguientes 5 apartados ⁽⁶⁵⁾:

- Averiguar si el paciente fuma.
- Aconsejarle el abandono del tabaco.
- Acordar los objetivos basados en la voluntad de cambio de la persona.
- Ayudar a aquellos que quieran intentar abandonar el tabaco.
- Asegurar visitas de seguimiento para prevenir recaídas.

En Canarias, existe el Programa de Ayuda al Fumador de Canarias (PAFCAN)⁽⁶⁶⁾, con el que se pretende ayudar a aquellas personas fumadoras con factores de riesgo (cardiovasculares, respiratorios, oncológicos, procesos que empeoran con el tabaco e intervenciones que requieran abandonar el consumo) que desean dejar el hábito. Este programa comenzó a funcionar en enero de 2014 y complementa las acciones realizadas por los sanitarios en las consultas sobre el tratamiento de los pacientes fumadores.

En este programa, se emplean métodos farmacológicos, que triplican la probabilidad de éxito. Se emplea terapia sustitutiva del tabaco con Nicotina en forma de parches, se hace uso de Bupropión (fármaco antidepresivo que actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina)⁽⁶⁷⁾ y de Vareniclina (agonista parcial selectivo del receptor nicotínico de acetilcolina)⁽⁶⁸⁾, de los cuales el paciente solo tiene que pagar la mitad. También se usan métodos médicos y psicológicos para ayudar a los pacientes en el proceso de la cesación tabáquica⁽⁶⁶⁾. La terapia grupal es un método con alta efectividad⁽⁶⁹⁾.

En mujeres embarazadas hay que prestar especial atención respecto al uso de fármacos. La psicoterapia sería de elección para este tipo de población, pero si no, es preferible el uso de gomas de mascar en lugar de parches para la terapia sustitutiva con Nicotina, ya que reduce los niveles de nicotina en la circulación fetal. El Bupropión puede ser empleado ya que no está asociado con un aumento de malformaciones congénitas, pero se debe reservar cuando sea la única opción de tratamiento disponible, además, se excreta en leche materna, por lo que se tendrá que tener en cuenta si la mujer desea abandonar la lactancia o el fármaco⁽⁶⁷⁾. En cuanto a la Vareniclina, no hay suficiente evidencia que muestre si su uso produce malformaciones o toxicidad, por lo que se recomienda evitar su uso durante el embarazo, al igual que ocurre con la lactancia materna, que se desconoce si el fármaco es excretado por este medio, por lo que se recomienda tomar decisiones de abandonar la lactancia o el fármaco según cada caso⁽⁶⁸⁾.

Se emplean diferentes test para obtener resultados específicos. Para medir la dependencia a la nicotina se usa el Test de Fagerström, que a través de 6 preguntas clasifica a los fumadores en dependencia baja, media o alta⁽⁷⁰⁾. Para hallar el grado de motivación para dejar de fumar se utiliza el Test de Richmond, los resultados dan una motivación baja si el valor es menor o igual a 4, motivación media con valores de 5 y 6 y motivación alta si es más de 7⁽⁷¹⁾.

A pesar de las diversas medidas, la cesación del tabaquismo no tiene tanto éxito como debería, ya que siguen habiendo numerosas muertes debido a este. Por lo que

quizás sea necesario plantearse nuevas estrategias para disminuir el consumo de toda la población, pero sobre todo de mujeres en edad reproductiva, embarazadas y sus familiares.

2. JUSTIFICACIÓN

El tabaco es un hábito muy dañino, produce un gran número de defunciones, mueren más de 7 millones de personas al año a nivel mundial ⁽¹⁾ y, además, es un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples enfermedades, no solo en la persona fumadora, sino también en las personas de su alrededor.

El tabaquismo activo en mujeres embarazadas afecta tanto a la mujer como al feto, aumentando las probabilidades de que haya complicaciones en el embarazo y de que el recién nacido desarrolle enfermedades, respiratorias ^{(13), (24)}, cardíacas ⁽³⁵⁾, de conducta ^{(37), (38)}, etc. La exposición pasiva al tabaco por parte de la madre, también afectará al feto, incrementando el riesgo de que padezca enfermedades, como las respiratorias ⁽⁴²⁾.

El interés de realizar esta investigación radica en detectar el nivel de conocimientos sobre los daños que produce el tabaco en las madres fumadoras. Las mujeres con más información tendrán más probabilidades de dejar de fumar que las que no sepan los efectos perjudiciales de este hábito tóxico ⁽⁴⁴⁾. El hecho de que dejen de fumar tendrá enormes beneficios en el futuro, ya que mantendrán una mejor salud tanto ella como su hijo y, consecuentemente, disminuirá el gasto sanitario derivado por las enfermedades relacionadas con el tabaco.

Los resultados de este proyecto podrán servir para mejorar la atención del personal sanitario encargado del seguimiento de embarazos, con la intención de que se insista más en los riesgos del tabaquismo durante la gestación, incluyendo el uso de material de apoyo (guías, folletos, etc.), proporcionando una educación sanitaria de mayor calidad.

Además, este proyecto puede llevar al desarrollo de programas de deshabitación tabáquica para gestantes y sus parejas. Para aumentar la efectividad de estos programas, se incluiría a los familiares que vivan con las embarazadas, para evitar que la mujer se convierta en un fumador pasivo y para lograr que ambos dejen de fumar, con el apoyo mutuo. Se podría aprovechar esta formación para concienciar a los padres de la importancia de no fumar cuando sus hijos estén presentes, intentando lograr un ambiente libre de humo para los niños.

Por último, se podrían realizar visitas a distintos institutos, para prevenir el tabaquismo en adolescentes y evitar los problemas que se podrían producir en futuros embarazos, ya que pueden desarrollar una adicción al tabaco que puede perdurar años y que, probablemente, continuará durante la gestación.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Explorar el nivel de conocimientos de las mujeres embarazadas fumadoras que asisten durante la gestación a los Centros de Salud o Consultorios Locales de la zona norte de Tenerife, sobre los riesgos del tabaquismo para su salud y la del feto.

3.2. Objetivos específicos

- Evaluar si conocen los riesgos del tabaquismo para su salud.
- Evaluar si conocen los riesgos para la salud del bebé.
- Explorar la edad de inicio en el tabaquismo de las gestantes fumadoras.
- Evaluar la satisfacción de las mujeres con la información recibida de los profesionales sanitarios.
- Indagar si han asistido a charlas informativas sobre tabaquismo y embarazo.
- Indagar si el entorno familiar es favorable para dejar de fumar.
- Contabilizar el número de intentos para dejar el hábito.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño:

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

4.2. Población y muestra:

La población del presente estudio la integran las mujeres embarazadas fumadoras que acuden al seguimiento del embarazo en los Centros de Salud y Consultorios Locales de la zona norte (desde el municipio de La Laguna hasta el municipio de Buenavista del Norte) de la isla de Tenerife con atención al embarazo, los centros serían los siguientes (23 consultorios locales y 16 centros de salud) ⁽⁷²⁾:

Municipio	Centros de Salud	Consultorios Locales
San Cristóbal de La Laguna	- La Laguna Mercedes. - La Cuesta. - Taco. - La Laguna San Benito. - La Cuesta – Finca España. - Tejina.	- Guamasa. - San Miguel de Geneto. - Afur. - El Batán. - Las Carboneras. - Valle Guerra.
Tegueste	-	- Tegueste.
Tacoronte	- Tacoronte.	- Agua García.
El Sauzal	-	- El Ravelo.
La Matanza	- La Matanza.	- Chamiana.
Santa Úrsula	- Santa Úrsula.	-
Puerto de la Cruz	- Casco Botánico. - La Vera – San Antonio.	-
La Orotava	- Orotava – Dehesa. - La Orotava – San Antonio.	- La Perdoma.
Los Realejos	- Los Realejos.	- La Montañeta. - Toscal- Longuera.
San Juan de la Rambla	-	- San Juan de la Rambla. - San José. - Santo Domingo.
La Guancha	- La Guancha.	-

Icod de los Vinos	-	- Genovés – San Juan del Reparo. - San José de los Llanos.
Garachico	-	- Garachico. - San Francisco – La Montañeta.
Los Silos	- Los Silos.	-
El Tanque	-	- El Tanque.
Buenavista del Norte	-	- Buenavista. - El Palmar.

Para el cálculo de la muestra, tomamos como referencia el número de mujeres embarazadas que acudieron a estos centros para seguimiento de su embarazo en el año 2017 que, según datos del ISTAC es de 2785 mujeres ⁽⁷³⁾.

Según estos datos, la muestra a estudio estaría compuesta por 338 sujetos. Dado que no conocemos el número de embarazadas fumadoras, se estima que la muestra es suficientemente grande para realizar un muestreo no probabilístico intencionado.

4.2.1. Criterios de exclusión

1. Embarazadas no fumadoras
2. Embarazadas que presenten discapacidad intelectual.
3. Menores de 18 años.

4.3. Variables e instrumentos de medida

4.3.1. Variables

Las variables a estudio son:

- Variables sociodemográficas:
 - o Edad: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica expresada en años.
 - o Años de escolaridad: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica expresada en años.
 - o Nivel de escolaridad: v. cualitativa politómica con ocho opciones de respuesta: no tuvo instrucción formal, no terminó la primaria, terminó la

primaria, terminó la secundaria, terminó la etapa preuniversitaria (bachillerato), terminó la universidad o enseñanza superior, tiene un posgrado, se negó a responder.

- Estado civil: v. cualitativa politómica con siete opciones de respuesta: nunca se ha casado, actualmente casada, separada, divorciada, viuda, unión libre, se negó a responder.
- Situación laboral: v. cualitativa politómica con diez opciones de respuesta: funcionario público, empleada, trabaja por cuenta propia, trabaja sin remuneración, estudia, ama de casa, jubilada, desempleada (en condiciones de trabajar), desempleada (incapaz de trabajar), se negó a responder.
- Número de embarazos: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica.
- Número de hijos: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica.

- Variables propias del estudio:

- Fumador diario: v. cualitativa con respuesta dicotómica sí/no.
- Edad de inicio en el hábito tabáquico: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica expresado en años.
- Cantidad de tabaco diario: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica.
- Ha intentado abandonar el hábito tabáquico: v. cualitativa dicotómica sí/no.
- Número de intentos para dejar de fumar: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica.
- Ha sido aconsejado para dejar de fumar en los últimos 12 meses: v. cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: sí, no, no ha visitado a ningún médico o agente sanitario en los últimos 12 meses.
- Utilidad de la información proporcionada por el personal sanitario: v. cualitativa dicotómica sí/no.
- Es ex fumador: v. cualitativa dicotómica sí/no.
- Era fumador diario: v. cualitativa dicotómica sí/no.
- Edad de abandono del hábito tabáquico: v. cuantitativa, se responderá de forma numérica expresado en años.
- Fumador pasivo en casa: v. cualitativa dicotómica sí/no.
- Fumador pasivo en el trabajo: v. cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: sí, no, no trabajo en un local cerrado.
- Apoyo familiar: v. cualitativa dicotómica sí/no.

- Nivel de conocimientos sobre los efectos del tabaquismo en la madre y en el feto: v. cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: verdadero, falso, no sé/no contesto.

4.3.2. Instrumentos de recogida de datos

Como instrumentos de recogida de información, nos serviremos de dos cuestionarios autoadministrados, de carácter voluntario en los que se han incluido todas las variables del estudio. Para la recogida de datos nos serviremos del cuestionario “Instrumento STEPS para enfermedades no transmisibles” de la OMS (**Anexo 1**) ⁽⁷⁴⁾, modificado a efectos de nuestra investigación. Consta de 22 ítems, que pertenece cada uno a los siguientes bloques:

- Datos sociodemográficos (7 ítems).
- Bloque de hábito tabáquico (9 ítems).
- Bloque de información de ex fumadoras, si lo fueran (3 ítems).
- Bloque de tabaquismo pasivo (2 ítems).
- Bloque de apoyo familiar (1 ítem).

Existen preguntas de respuesta numérica, preguntas dicotómicas de si/no y preguntas politómicas.

Además, usaremos un cuestionario de elaboración propia para medir el nivel de conocimientos respecto al tabaquismo. Se subdivide en 4 dominios:

- Aspectos generales del tabaquismo (5 ítems).
- Aspectos relacionados con los efectos del tabaco tanto en la madre como en el feto (2 ítems).
- Aspectos relacionados con los efectos del tabaco en la embarazada (2 ítems).
- Aspectos relacionados con los efectos del tabaco en el feto (5 ítems).

Este cuestionario consta de 14 ítems con respuestas politómicas de verdadero, falso y NS/NC. Asimismo, dicho cuestionario será validado previamente con una pequeña muestra de la muestra. A continuación del cuestionario se incluye una plantilla con las respuestas correctas (**Anexo 2**).

4.4. Métodos de recogida de la Información

El procedimiento de recogida de datos se llevará a cabo en los Centros de Salud y Consultorios Locales de la zona norte de la isla de Tenerife, contando con la colaboración de las matronas de estos centros.

Previamente, se solicitarán los permisos pertinentes para llevar a cabo el presente proyecto a la Gerencia de Atención Primaria (**Anexo 3**).

Tras la obtención de los permisos se procederá a la recogida de datos en la consulta de la matrona. Se entregará el cuestionario a las participantes que cumplan los criterios de inclusión, junto con una hoja informativa, en la que se explicará brevemente el estudio que se desea realizar y los objetivos que se pretenden alcanzar con este, además de la voluntariedad de participar en el estudio y, por lo tanto, la libertad de no responder al cuestionario si no se desea. También se adjuntará el consentimiento informado, que deberán cumplimentar y firmar (**Anexo 4**).

Los cuestionarios serán entregados por las matronas a las embarazadas que digan ser fumadoras y, una vez cumplimentados, éstas los recogerán. El investigador principal será el encargado de entregarles los cuestionarios en formato papel a las matronas y de recogerlos después, organizándose de la siguiente manera: se recogerán los datos de Junio de 2019 a Septiembre de 2019. Los cuestionarios se entregarán durante el primer mes, Junio, semanalmente de este a oeste de la isla, comenzando por los Centros de Salud y Consultorios Locales de los municipios de San Cristóbal de La Laguna y Tegueste, acabando en el municipio de Buenavista del Norte. En el segundo mes, Julio, y tercer mes, Agosto, se recogerán los cuestionarios ya cumplimentados y se entregarán más, esto se hará en el mismo orden que en Junio. En el último mes, Septiembre, se recogerán los cuestionarios restantes. En caso de que fuera necesario, podría haber modificaciones del periodo de tiempo empleado.

4.5. Análisis estadístico

De acuerdo con los objetivos que nos hemos marcado en este proyecto de carácter exploratorio, se llevarán a cabo análisis estadísticos descriptivos sobre las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, utilizando estadísticos de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas del estudio.

En el caso de las variables de conocimientos, utilizaremos estadísticos de frecuencia.

Se utilizará la correlación de Pearson para analizar las posibles relaciones existentes entre las variables cuantitativas incluidas en las características sociodemográficas de la muestra y las puntuaciones de la escala.

El análisis estadístico del cuestionario de la OMS se llevará a cabo con el programa estadístico Epi Info 3.3 (software específico de análisis de datos, recomendado

por la OMS para el análisis de los datos del cuestionario STEPS ⁽⁷⁵⁾ con el complemento de un programa de hojas de cálculo como Microsoft Excel. El cuestionario de elaboración propia se analizará con el programa estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

4.6. Consideraciones éticas

Este proyecto atenderá a las consideraciones éticas respecto al carácter anónimo de sus participantes, ya que no constará ninguna información identificativa de los sujetos de la muestra, siendo la participación libre y sin coacción alguna. Todas las personas que participen en el estudio serán informadas verbalmente y por escrito acerca de la investigación que se quiere llevar a cabo y los objetivos que se pretenden alcanzar.

Los resultados obtenidos de los cuestionarios se emplearán únicamente para los fines de la investigación y tendrán un tratamiento confidencial. Se protegerán los datos e intimidad de las personas como se expone en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽⁷⁶⁾. Los miembros del equipo de investigación se deberán comprometer a la declaración explícita de ausencia de conflicto de intereses con cualquier entidad, pública o privada y se comprometerán a adoptar el código deontológico de buenas prácticas en la investigación.

4.7. Cronograma

Actividades a realizar	Cronograma. Año 2019								
	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Solicitud de permisos									
Validación cuestionario									
Recogida de datos									
Análisis estadístico									
Elaboración del informe preliminar									
Elaboración del informe definitivo									
Difusión de los resultados y									

conclusiones									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.8. Presupuesto

Conceptos	Cantidad	Coste en euros
Material fungible	5 paquetes de 250 folios	15 €
	1 caja de 20 bolígrafos.	8 €
	3 cartuchos de tinta negra.	30 €
	1 paquete (500 unidades) de grapas.	1 €
Material inventariable	Portátil	300 €
	Impresora	100 €
Recursos humanos	Estadístico	500 €
Desplazamientos	Gasolina	160 €
TOTAL		1114€

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tabaco. OMS [Internet]. Madrid. 2018 Mar [consultado 9 Enero 2019]. [Aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atlas del Tabaco. OMS [Internet]. Inglaterra. 2002 [consultado 9 Enero 2019]. [Aprox. 3 p.]. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562099.pdf
3. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM et al. The GATS Atlas [Internet]. Atlanta, GA. 2015 [consultado 9 Enero 2019]. [Aprox 1 p.]. Disponible en: <http://gatsatlas.org/downloads/GATS-whole-book-12.pdf>
4. Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP. Tabaquismo. AEPNYA [Internet]. 2008 [consultado 10 Enero 2019]. [Aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/taquismo.pdf>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Patrones de mortalidad en España, 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid. 2019 [consultado 10 Enero 2019]. [Aprox 1 p.]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_Mortalidad_2016.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística. Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad. Encuesta Europea de Salud 2014 [base de datos en Internet]. Madrid [consultado 10 Enero 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p03/10/&file=02001.px>
7. Instituto Nacional de Estadística. Edad media de inicio del consumo de tabaco de los fumadores diarios según sexo y comunidad autónoma. Encuesta Europea de Salud 2014 [base de datos en Internet]. Madrid [consultado 10 Enero 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p03/10/&file=02016.px>
8. Instituto Nacional de Estadística. Consumo de tabaco según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Encuesta Europea de Salud 2014 [base de datos en Internet]. Madrid [consultado 10 Enero 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p03/10/&file=02005.px>
9. Comisión Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [Internet]. México. 2002 [consultado 10 Enero 2019]. [Aprox. 2 p.]. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/238948/ENA_2002_Completo.pdf

10. Hijona Elósegui JJ, García Morillas M (dir), Maldonado Jurado JA (codir). Factores asociados al aborto espontáneo [tesis en internet]. Granada, España: Universidad de Granada, Departamento de Farmacología; 2009 [consultada 11 Enero 2019]. [Aprox. 1 p.] Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.accedys2.bbt.ull.es/servlet/tesis?codigo=63127>
11. Escobar Padilla B, Pérez López CA, Martínez Puon H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 May-Jun [consultado 11 Enero 2019]; 55(3):278-85: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750970002>
12. Mercado Medrano WM, Portugal Benavides WJC (dir). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. “Luis N. Saenz”, Lima 2013 [tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Medicina Humana; 2014 [consultada 11 Enero 2019]. [Aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3537>
13. Cedeño Donet M, Rodríguez Betancourt M, Peraza Morelles D, Peraza Morelles R. Hábitos tóxicos y embarazo. Resultados perinatales. AMC [Internet]. 2006 Oct [consultado 11 Enero 2019]; 10(5):14-23: [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500003
14. Sillero Fernández de Cañete J. Tabaquismo en la mujer. Semin méd [Internet]. 2009 [consultado 14 Enero 2019]; 61 (2): 109-18: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.accedys2.bbt.ull.es/servlet/articulo?codigo=3421683>
15. Roelands J, Jamison MG, Lyster AD, James AH. Consequences of smoking during pregnancy on maternal health. J Womens Health [Internet]. 2009 Jun [consultado 14 Enero 2019]; 18(6): 867-72: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2008.1024>
16. Córdoba García R, García Sánchez N, Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C. Exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2007 Mar [consultado 14 Enero 2019]; 67 (2):101-3: [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/ficheros/publicaciones/16954033/0000006700000002/v0_201404141726/13108729/v0_201404141726/es/37v67n02a13108729pdf001.pdf
17. Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, Plana E, Sarri K, Kafatos A et al. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse

- pregnancy outcomes and fetal growth. Eur J Pediatr [Internet]. 2010 Jun [consultado 16 Enero 2019]; 169(6):741-8: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-009-1107-9>
18. Al Mamun A, O’Callaghan FV, Alati R, O’Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W. Does maternal smoking during pregnancy predict the smoking patterns of young adult offspring? A birth cohort study. Tob Control [Internet]. 2006 Nov [consultado 16 Enero 2019]; 15(6):452-7: [aprox. 1p.]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ezim5X>
 19. Erickson AC, Arbour LT. Heavy smoking during pregnancy as a marker for other risk factors of adverse birth outcomes: a population-based study in British Columbia, Canada. BMC Public Health [Internet]. 2012 Feb [consultado 16 Enero 2019]; 12:102: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-102>
 20. Mehaffey K, Higginson A, Cowan J, Osbourne GM, Arbour LT. Maternal smoking at first prenatal visit as a marker of risk for adverse pregnancy outcomes in the Qikiqtaaluk (Baffin) Region. Rural Remote Health [Internet]. 2010 Sep [consultado 17 Enero 2019]; 10:1484 [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Geraldine_Osborne/publication/46157316_Maternal_smoking_at_first_prenatal_visit_as_a_marker_of_risk_for_adverse_pregnancy_outcomes_in_the_Qikiqtaaluk_Baffin_Region/links/004635371e2729b195000000.pdf
 21. Sclowtiz IKT, Santos IS, Rodrigues Domingues M, Matijasevich A, Barros AJD. Maternal smoking in successive pregnancies and recurrence of low birthweight. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 Ene [consultado 17 Enero 2019]; 29(1):123-30: [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?frbrVersion=11&script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500015&lng=en&tlng=en
 22. Piñero Fernández JA, Alfayate Migueléz S, Menasalvas Ruiz A, Salvador García C, Moreno Docón A, Sánchez-Solis de Querol M. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de lactantes hospitalizados por bronquiolitis. An Pediatr [Internet]. 2012 Dic [consultado 17 Enero 2019]; 77(6):391-6: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S1695403312002603>
 23. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Suñol Vázquez YC, López Quintana MC. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal: revisión narrativa de la literatura. Medwave [Internet]. 2015 Jul [consultado 18 Enero

- 2019]; 15(6):e6182: [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jonathan_Hernandez_Nunez/publication/280719239_Maternal_and_perinatal_risk_factors_for_neonatal_morbidity_a_narrative_literature_review/links/570549f108ae13eb88b94d8e.pdf
24. Fríguls B, García Algar Ó, Puig C, Figueroa C, Snyer J, Vall O. Exposición prenatal y posnatal al tabaco y síntomas respiratorios y alérgicos en los primeros años de vida. Arch Bronconeumol [Internet]. 2009 Dic [consultado 18 Enero 2019]; 45(12): 585-90: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289609003743>
25. Szulman GA, Freilij h, Behrends I, Gentile A, Mallol J. Sibilancias recurrentes: prevalencia y factores asociados en lactantes de Buenos Aires, Argentina. Bol Med Hosp Infant Méx [Internet]. 2017 Nov-Dic [consultado 18 Enero 2019]; 74 (6):419-26: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S1665114617301338>
26. Moreno SJ, Niederbacher J, Latorre JF, Archila DC, Ballesteros LN, Cuadros CA, Díaz LA. Incidencia y factores asociados al síndrome sibilante del lactante Área Metropolitana de Bucaramanga, Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2011 May-Ago [consultado 18 Enero 2019]; 43(2):131-40: [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000200004
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. Madrid. 2018 Feb [consultado 21 Enero 2019]. [Aprox 1 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
28. Mizutani T, Suzuki K, Kondo N, Yamagata Z. Association of maternal lifestyles including smoking during pregnancy with childhood obesity. Obesity (Silver Spring) [Internet]. 2007 Dic [consultado 21 Enero 2019]; 15 (12):3133-9: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2007.373>
29. Suzuki K, Ando D, Tanaka T, Kondo N, Yamagata Z. The association between maternal smoking during pregnancy and childhood obesity persists to the age of 9-10 years. J Epidemiol [Internet]. 2009 Abr [consultado 21 Enero 2019]; 19(3):136-42: [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://www.istage.jst.go.jp/article/jea/19/3/19_JE20081012/article/-char/ja
30. Chen A, Pennell ML, Klebanoff MA, Rogan WJ, Longnecker MP. Maternal smoking during pregnancy in relation to child overweight: follow-up to age 8 years. Int J Epidemiol [Internet]. 2006 Feb [consultado 22 Enero 2019];

-
- 35(1):121-30: [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<https://academic.oup.com/ije/article/35/1/121/849821>
31. Dubois L, Girard M. Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. *Int J Obes* [Internet]. 2006 Mar [consultado 22 Enero 2019]; 30:610-7: [aprox. 2 p.]. Disponible en:
<https://www.nature.com/articles/0803141>
32. Power C, Atherton K, Thomas C. Maternal smoking in pregnancy, adult adiposity and other risk factors for cardiovascular disease. *Atherosclerosis* [Internet]. 2010 Ago [consultado 22 Enero 2019]; 211(2):643-8: [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021915010002315>
33. Oken E, Huh SY, Taveras EM, Rich Edwards JW. Associations of maternal prenatal smoking with child adiposity and blood pressure. *Obes Res* [Internet]. 2005 Nov [consultado 22 Enero 2019]; 13(11):2021-8: [aprox. 3 p.]. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2005.248>
34. Brion MA, Leary SD, Smith GD, Ness AR. Similar associations of parental prenatal smoking suggest child blood pressure is not influenced by intrauterine effects. *Hypertension* [Internet]. 2007 Jun [consultado 23 Enero 2019]; 49:1422-8: [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/HYPERTENSIONAHA.106.085316>
35. Blake KV, Gurrin LC, Evans SF, Beilin LJ, Landau LI, Stanley FJ, Newnham JP. Maternal cigarette smoking during pregnancy, low birth weight and subsequent blood pressure in early childhood. *Early Hum Dev* [Internet]. 2000 Feb [consultado 23 Enero 2019]; 57(2):137-47: [aprox. 2 p.]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037837829900064X#BIB3>
36. Cupul-Uicab LA, Skjaerven R, Haug K, Melve KK, Engel SM, Longnecker MP. In utero exposure to maternal tobacco smoke and subsequent obesity, hypertension and gestational diabetes among women in the MoBa cohort. *Environ Health Perspect* [Internet]. 2012 Marzo [consultado 23 Enero 2019]; 120(3): [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<https://ehp.niehs.nih.gov/doi/full/10.1289/ehp.1103789>
37. Langley K, Heron J, Smith GD, Thapar A. Maternal and paternal smoking during pregnancy and risk of ADHD Symptoms in offspring: testing for intrauterine effects. *Am Journal Epidemiol* [Internet]. 2012 Ago [consultado 24 Enero 2019]; 176(3):261-8: [aprox. 2 p.]. Disponible en:
<https://academic.oup.com/aje/article/176/3/261/98820>
38. Stroud LR, Paster RL, Papandonatos GD, Niaura R, Salisbury AL, Battle C et al. Maternal smoking during pregnancy and newborn neurobehavior: effects at 10 to

- 27 days. *J Pediatr* [Internet]. 2009 Ene [consultado 24 Enero 2019]; 154(1):10-6: [aprox. 2 p.]. Disponible en: [https://www.ipeds.com/article/S0022-3476\(08\)00628-8/fulltext](https://www.ipeds.com/article/S0022-3476(08)00628-8/fulltext)
39. Öberg M, Woodwar A, Jaakkola MS, Peruga A, Prüss- Ustün A. Global estimate of the burden of disease from second hand smoke. *OMS* [Internet]. 2010 [consultado 24 Enero 2019]. [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://bit.ly/2EBRpyF>
40. Cuello García CA, Pérez Gaxiola G. El tabaquismo pasivo en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y mortinatos. *Evid Pediatr* [Internet]. 2011 Mar [consultado 28 Enero 2019]; 7 (2):34: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/accedys2.bbtk.ull.es/servlet/articulo?codigo=5616753>
41. Marco Tejero A, Pérez Trullén A, Córdoba García R, García Sánchez N, Cabañas Bravo MJ. La exposición al humo de tabaco en el hogar aumenta la frecuentación por patología respiratoria en la infancia. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2007 May [consultado 28 Enero 2019]; 66(5):475-80: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403307704770>
42. Horak E, Morass B, Ulmer H. Association between environmental tobacco smoke exposure and wheezing disorders in Austrian preschool children. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2007 [consultado 29 Enero 2019]; 137:608-13: [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://smw.ch/en/resource/jf/journal/file/view/article/smw/en/smw.2007.11870/231482331698ff3ab68bd09857cb1061c7f49723/smw_2007_11870.pdf/
43. Von Kries R, Bolte G, Baghi L, Toschke AM. Parental smoking and childhood obesity—is maternal smoking in pregnancy the critical exposure? *Int J Epidemiol* [Internet]. 2008 Feb [consultado 29 Enero 2019]; 37(1):210-6: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/37/1/210/767857>
44. Pinheiro da Motta GC, Echer IC, Lucena AF. Factors associated with smoking in pregnancy. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 Jul-Ago [consultado 29 Enero 2019]; 18(4):809-15: [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?frbrVersion=5&script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400021&lng=en&tlng=en
45. Ramon Torrell JM, Bruguera Cortada E, Fernández Pinilla C, Sanz de Burgoa V, Ramírez Vázquez E. Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [consultado 30 Enero 2019]; 23(6):539.e1-539.e6: [aprox. 1 p.]. Disponible en:

https://scielosp.org/scielo.php?frbrVersion=7&script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000600010&lng=en&tlng=en

46. Blasco Alonso M, González Mesa E, Gálvez Montes M, Lozano Bravo I, Merino Galdón F, Cuenca Campos F et al. Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). Adicciones [Internet] 2015 [consultado 30 Enero 2019]; 27(2):99-108: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/695>
47. Jané Checa M. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. Adicciones [Internet]. 2004 [consultado 30 Enero 2019]; 16(2): 115-30: [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Mireia_Jane/publication/28302347_Mujeres_y_tabaco_aspectos_principales_especificos_de_genero/links/00b7d51e424c1dc302000000.pdf
48. Mateos Vilchez PM, Aranda Regules JM, Díaz Alonso G, Mesa Cruz P, Gil Barcenilla B, Ramos Monserrat M et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo y factores asociados en Andalucía 2007-2012. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2014 May-Jun [consultado 31 Enero 2019]; 88(3):369-81: [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
49. Ribot B, Isern R, Hernández Martínez C, Canals J, Aranda N, Arija V. Impacto del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido. Med Clin [Internet]. 2014 Jul [consultado 31 Enero 2019]; 143(2):57-63: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313007884>
50. Lozano J, García Algar O, Vall O, de la Torre, R, Scaravelli G, Pichini S. Biological matrices for the evaluation of in utero exposure to drugs of abuse. Ther Drug Monit [Internet]. 2007 Dec [consultado 1 Febrero 2019]; 29(6):711-34: [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://journals.lww.com/drug-monitoring/Abstract/2007/12000/Biological_Matrices_for_the_Evaluation_of_In_Utero.3.aspx
51. Dhar P. Measuring tobacco smoke exposure: quantifying nicotine/cotinine concentration in biological samples by colorimetry, chromatography and immunoassay methods. J Pharm Biomed Anal [Internet]. 2004 Abr [consultado 1 Febrero 2019]; 35(1):155-68: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0731708504000135#BIB45>

52. Cerda JL. Cesación de tabaquismo en embarazo. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2017 Sep [consultado 4 Febrero 2019]; 33(3):239-41 [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300239&lng=eleche_n&nrm=iso&tlng=en
53. Llaquet H, Pichini S, Joya X, Papaseit E, Vall O, Klein J. Biological matrices for the evaluation of exposure to environmental tobacco smoke during prenatal life and childhood. Analytical and Bioanalytical Chemistry [Internet]. 2010 Ene [consultado 4 Febrero 2019]; 396(1):379-99: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00216-009-2831-8>
54. García Algar O, Puig C, Pichini S, Pallas K, Vall O. Umbilical cord cotinine and smoking during pregnancy. J Perinatol [Internet]. 2012 [consultado 5 Febrero 2019]; 32:156-9: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/jp201194#ref6>
55. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (FCTC). OMS [Internet]. 2010 [consultado 6 Febrero 2019]. [Aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/fctc/cop/about/es/>
56. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (FCTC). OMS [Internet]. Suiza 2005. [consultado 6 Febrero 2019]. [Aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf>
57. Organización Mundial de la Salud. Mpower: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS [Internet]. 2008 [consultado 7 Febrero 2019]. [Aprox. 1 p.]. Disponible: https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1
58. Bertaní AL, García T, Tanni SE, Godoy I. Preventing smoking during pregnancy: the importance of maternal knowledge of the health hazards and of the treatment options available. J Bras Pneumol [Internet]. 2015 Abr [consultado 7 Febrero 2019]; 41(2):175-81: [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132015000200175&script=sci_arttext
59. Tolosa JE, Echevarría Restrepo LG, Agudelo BJ. Tabaquismo en el embarazo: una epidemia silenciosa prevenible en Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [consultado 8 Febrero 2019]; 62(2):119-22: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a01.pdf>
60. Poletta FA, López Camelo JS, Gili JA, Montalvo G, Castilla EE, Red del Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas en Ecuador. Consumo y exposición al humo de tabaco en mujeres embarazadas de Ecuador.

- Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010 [consultado 8 Febrero 2019]; 27(1):56-65: [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000100009
61. Jaddoe VWV, Troe EJWM, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EAP, Witteman JCM. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2008 Feb [consultado 11 Febrero 2019]; 22(2):162-71: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-3016.2007.00916.x>
62. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. <<BOE>> núm. 318, de 31 de diciembre de 2010 [Internet]. [Consultado 11 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>
63. Sánchez Ventura JG, Córdoba García R, García Sánchez N. Prevención del tabaquismo activo y pasivo en la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2009 Oct-Dic [consultado 12 Febrero 2019]; 11(17):359-69: [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
64. Calleja N, Pick S, Reidl L, González Forteza C. Programa de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Ment* [Internet]. 2010 Sep-Oct [consultado 12 Febrero 2019]; 33(5):419-27: [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500006&lng=en&tlng=en
65. The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US Public health Service Report. *Am J Prev Med* [Internet]. 2008 Ago [consultado 13 Febrero 2019]; 35(2):158-76: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379708003322>
66. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Programa de Ayuda al Fumador de Canarias (PAFCAN). [Consultado 14 Febrero 2019]. [Aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocu>

[ment=0b331698-2351-11e7-b008-8fb8166355a7&idCarpeta=2b294ce4-0fce-11de-9de1-998efb13096d](#)

67. Vademecum. Bupropión. 2016 Nov [consultado 14 Febrero 2019]. [Aprox 2 p.]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-bupropion-n06ax12>
68. Vademecum. Vareniclina. 2018 Ago [consultado 14 Febrero 2019]. [Aprox 2 p.]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-vareniclina-n07ba03>
69. Ochoa Prieto JA, Aurrecoechea Corral R, Llanderas López P, Aparicio García S. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. Semergen [Internet]. 2010 Ago-Sep [consultado 18 Febrero 2019]; 36(7):337-85: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113835931000078X>
70. Moneo Hernández I, Forés Catalá A, Esteller Carceller M. Tabaquismo. Papel del pediatra de Atención Primaria. Documentos técnicos del GVR. AEPAP [Internet]. 2013 May [consultado 18 Febrero 2019]. [Aprox. 1 p.]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/dt-gvr-8_tabaco.pdf
71. Urdapilleta Herrera EC, Sansores RH, Ramírez Venegas A, Méndez Guerra M, Lara Rivas AG, Guzmán Barragán SA et al. Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. Salud Pública Méx [Internet]. 2010 Ene [consultado 19 Febrero 2019]; 52(2):120-8: [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000800007&script=sci_arttext&tlng=en
72. Servicio Canario de Salud. Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de Canarias. Gobierno de Canarias [base de datos en Internet]. [Consultado 20 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/RegistroCentros/DoLoad>
73. Instituto Canario de Estadística. Nacimientos según sexos de los nacidos y municipios por islas de Canarias de residencia de las madres por años. Gobierno de Canarias [base de datos en Internet]. [Consultado 22 Febrero]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripx=urn:uuid:7a0b6af5-e89f-42ed-8395-16477beac6a0&uripub=urn:uuid:77ff28fc-e8b2-4544-bcb6-433f2288abed>
74. Organización Mundial de la Salud. Método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (STEPS). OMS

-
- [Internet]. [Consultado 4 Marzo 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/es/>
75. Organización Mundial de la Salud. El manual de vigilancia STEPS de la OMS: el método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra. 2006 [consultado 18 Marzo 2019]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43580/9789244593838_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
76. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. <<BOE>> núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, páginas de 119788 a 119857 [Internet]. [Consultado 20 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>

6. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionarios

Con estos cuestionarios, le invitamos a colaborar con nosotros de manera voluntaria y anónima, respondiendo a las preguntas, con el fin de averiguar los hábitos tabáquicos y el nivel de conocimientos sobre los efectos de tabaquismo de las embarazadas fumadoras que acuden al seguimiento de su embarazo en los Consultorios Locales y los Centros de Salud de la Zona Norte de la isla de Tenerife.

Primero se encuentra el “Cuestionario STEPS de la OMS”, un método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Ha sido modificado según necesidades del estudio y es empleado para conocer aspectos relacionados con el hábito tabáquico. Consta de 21 preguntas, algunas se deberán responder de forma numérica en las casillas destinadas para ello (por ejemplo, la edad) y en otras se tendrá que marcar el número de la respuesta que elija con alguno de los siguientes símbolos: **x** .

Tras este cuestionario, se halla un test para medir el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo, con 14 preguntas con respuesta plitómica verdadero, falso y no s en la que deberá marcar con alguno de los símbolos anteriores (**x**) la casilla que considere correcta. Se ruega contestar a TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su participación.

Cuestionario STEPS de la OMS		
CUESTIONARIO BÁSICO: Datos personales del entrevistado		
Pregunta	Respuesta	Clave
¿Qué edad tiene usted?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	C1
¿Cuántos años en total asistió a la escuela a tiempo completo (sin contar la etapa preescolar)?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	C2
¿Cuántos embarazos ha tenido?	Número <input type="text"/> <input type="text"/>	C3
¿Cuántos hijos tiene?	Número <input type="text"/> <input type="text"/>	C4

CUESTIONARIO AMPLIADO: Datos personales del entrevistado			
¿Cuál es el grado más alto de escolaridad que alcanzó usted?	No tuvo instrucción formal	1	C5
	No terminó la primaria	2	
	Terminó la primaria	3	
	Terminó la secundaria	4	
	Terminó la etapa preuniversitaria (Bachillerato)	5	
	Terminó la universidad o enseñanza superior	6	
	Tiene un posgrado	7	
	Se negó a responder	88	
¿Cuál es su estado civil?	Nunca se ha casado	1	C6
	Actualmente casada	2	
	Separada	3	
	Divorciada	4	
	Viuda	5	
	Unión libre	6	
	Se negó a responder	88	
¿Cuál de las frases siguientes describe mejor su situación laboral en los últimos 12 meses?	Funcionario público	1	C7
	Empleado	2	
	Trabaja por cuenta propia	3	
	Trabaja sin remuneración	4	
	Estudia	5	
	Ama de casa	6	
	Jubilada	7	
	Desempleada (en condiciones de trabajar)	8	
	Desempleada (incapaz de trabajar)	9	
	Se negó a responder	88	

CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de tabaco			
Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el consumo de tabaco			
Pregunta	Respuesta	Clave	
¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, puros o pipa?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es No, pase a T10</i>	T1	
¿Fuma usted actualmente productos de tabaco todos los días?	Sí 1 No 2	T2	
¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar?	Edad (en años) No sabe 77 <input type="text"/>	T3	
<p>En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma usted al día o a la semana?</p> <p><i>(SI LA FRECUENCIA ES INFERIOR A UN DÍA, REGÍSTRELO POR SEMANA)</i></p> <p><i>(REGISTRE LA FRECUENCIA DE CADA TIPO)</i></p> <p>No sabe 7777</p>	A DIARIO↓ SEMANALMENTE↓		
	Cigarrillos fabricados	<input type="text"/>	T4a/T 4aw
	Cigarrillos liados a mano	<input type="text"/>	T4b/T 4bw
	Pipas llenas	<input type="text"/>	T4c/T 4cw
	Puros, puritos	<input type="text"/>	T4d/T 4dw
	Número de sesiones de pipa de agua (sisha)	<input type="text"/>	T4e/T 4ew
	Otro	<input type="text"/> <i>Si la respuesta es «Otro», pasar a T4other; de lo contrario, continúe con T5.</i>	T4f/T 4fw

	Otro (sírvese especificar):	T4other/ T4otherw
En los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar?	Sí 1 No 2 <i>Si ha respondido que No, pasar a T7.</i>	T5
¿Ha realizado varios intentos para dejar de fumar?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es No, pasar a T7.</i>	T6
¿Cuántos intentos para dejar de fumar ha realizado?	Número <input type="text"/>	T7
En los últimos 12 meses, ¿le han aconsejado que deje de fumar en alguna visita al médico u otro agente sanitario?	Sí 1 No 2 <i>Si la Respuesta es No, pasar a T9</i> No ha visitado a ningún médico o agente sanitario en los últimos 12 meses 3	T8
¿Le ha resultado útil la información que le han proporcionado los profesionales sanitarios?	Sí 1 No 2	T9
¿Fumó usted anteriormente?	Sí 1 No 2	T10
¿Anteriormente llegó usted a fumar todos los días?	Sí 1 No 2	T11
CUESTIONARIO AMPLIADO: Consumo de tabaco		
Pregunta	Respuesta	Clave
¿Qué edad tenía usted	Edad (en años) <input type="text"/>	T11

cuando dejó de fumar?	No sabe 77	
En los últimos 30 días, ¿alguien fumó en casa de usted?	Sí 1 No 2	T12
En los últimos 30 días, ¿alguien fumó en los locales cerrados de su centro de trabajo (ya sea el edificio, la zona de trabajo o una oficina)?	Sí 1 No 2 No trabajo en un local cerrado 3	T13
¿Tiene usted familia que le apoya para tomar la decisión de dejar de fumar?	Sí 1 No 2	T14

A continuación se encuentra el test, que consta de 14 preguntas. Debe responder marcando con alguno de los siguientes símbolos (x √ o) en el espacio de respuesta, según considere si la afirmación es verdadera o falsa. En caso de que no se encuentre seguro de la respuesta, se le pide que marque la cruz en el espacio no sabe, no contesta (NS/NC).

Test de conocimientos sobre el Tabaquismo			
Preguntas	Respuestas		
	Verdadera	Falsa	NS/NC
1. El tabaco produce una gran cantidad de muertes en el mundo.			
2. El tabaco está relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias y cardiovasculares.			
3. El humo del tabaco sólo afecta a nariz y ojos del fumador pasivo.			
4. Los fumadores pasivos no tienen riesgos de desarrollar enfermedades debido al tabaco.			
5. Cuando una mujer embarazada presenta			

ansiedad, será mejor que fume para relajarse.			
6. El tabaquismo durante la gestación tiene efectos perjudiciales tanto para la madre como para el feto.			
7. El tabaquismo durante la gestación aumenta la probabilidad de sufrir parto prematuro.			
8. La mujer fumadora tiene más riesgos de presentar menopausia precoz e infertilidad.			
9. Las mujeres que fuman tienen menos probabilidades de desarrollar trombosis venosa profunda, derrames cerebrales y de tener infartos cardíacos.			
10. Fumar pocos cigarrillos durante el embarazo no le hace daño al feto.			
11. Fumar durante el embarazo disminuye la incidencia de malformaciones fetales.			
12. Los hijos de madres fumadoras tienen más probabilidades de presentar problemas respiratorios en la infancia.			
13. Es frecuente que los hijos de madres fumadoras sean pequeños para la edad gestacional y con bajo peso al nacer.			
14. Que la madre sea fumadora pasiva no afecta al feto.			

Anexo 2: Plantilla de corrección test de conocimientos sobre tabaquismo

Test de conocimientos sobre el Tabaquismo			
<i>Plantilla de corrección</i>			
Preguntas	Respuestas		
	Verdadera	Falsa	NS/NC
1. El tabaco produce una gran cantidad de muertes en el mundo.	√		
2. El tabaco está relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias y cardiovasculares.	√		
3. El humo del tabaco sólo afecta a nariz y ojos del fumador pasivo.		√	
4. Los fumadores pasivos no tienen riesgos de desarrollar enfermedades debido al tabaco.		√	
5. Cuando una mujer embarazada presenta ansiedad, será mejor que fume para relajarse.		√	
6. El tabaquismo durante la gestación tiene efectos perjudiciales tanto para la madre como para el feto.	√		
7. El tabaquismo durante la gestación aumenta la probabilidad de sufrir parto prematuro.	√		
8. La mujer fumadora tiene más riesgos de presentar menopausia precoz e infertilidad.	√		
9. Las mujeres que fuman tienen menos probabilidades de desarrollar trombosis venosa profunda, derrames cerebrales y de tener infartos cardiacos.		√	
10. Fumar pocos cigarrillos durante el embarazo no le hace daño al feto.		√	
11. Fumar durante el embarazo disminuye la incidencia de malformaciones fetales.		√	
12. Los hijos de madres fumadoras tienen más probabilidades de presentar problemas	√		

respiratorios en la infancia.			
13. Es frecuente que los hijos de madres fumadoras sean pequeños para la edad gestacional y con bajo peso al nacer.	√		
14. Que la madre sea fumadora pasiva no afecta al feto.		√	

**Anexo 3: Carta de solicitud de autorización a la Gerencia de Atención Primaria del
Servicio Canario de la Salud**

San Cristóbal de La Laguna, 2 de abril 2019

Estimada Sra. Dña. M^a Isabel Fuentes Galindo, Gerente de Atención
Primaria de Tenerife.

Yo, Silvia Perdomo Calzadilla, con DNI 54116548D, matriculada en el
curso académico 2018-2019 en cuarto curso del Grado de Enfermería; estoy realizando
el Trabajo de Fin de Grado de la titulación de Enfermería de la Universidad de La Laguna,
basado en el nivel de conocimientos que tienen las gestantes sobre los riesgos del
tabaquismo.

Por medio del presente escrito expongo el motivo de dirigirme a esta Gerencia
de Atención Primaria: solicitar el oportuno permiso para la realización del trabajo de
investigación en los Centros de Salud y Consultorios Locales de la zona norte de la isla
de Tenerife. El trabajo tiene como objetivo identificar el “Nivel de conocimientos de las
embarazadas fumadoras sobre los riesgos del tabaquismo” de los Centros de Salud y
Consultorios Locales de estas zonas básicas de salud. Se realizará por medio de un
cuestionario, que será de carácter voluntario, anónimo y confidencial. La intención será
entregar estos cuestionarios a las matronas que pasen consulta en los Centros de Salud
y Consultorios Locales escogidos, para que las participantes puedan cumplimentarlo de
forma individual y con total privacidad.

En cumplimiento con la normativa vigente, bajo la tutela académica de Dña. M^a
Dolores Mora Benavente, Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad
de La Laguna, solicito la colaboración del Servicio Canario de la Salud para el desarrollo
de este estudio, permitiéndome contactar con las pacientes embarazadas de estos
centros de salud, que deseen y autoricen participar en este estudio.

Sin más reciba un cordial saludo.

La Laguna, __ de _____ de 2019.

Silvia Perdomo Calzadilla

Anexo 4: Consentimiento informado del participante del estudio

Yo, _____, de ____ años de edad y con DNI _____, manifiesto que he sido informada sobre los objetivos principales de la realización de estos cuestionarios para el Proyecto de Trabajo de Fin de Grado, llevado a cabo por Silvia Perdomo Calzadilla, alumna de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

He leído la hoja informativa que se me ha entregado y he sido informada de que el fin del estudio es conocer el grado de conocimientos de las gestantes sobre los riesgos del tabaquismo en los Centros de Salud y Consultorios Locales de la zona norte de la isla de Tenerife. He sido informada también del cuestionario que debo cumplimentar para recabar los datos que se necesitan para llevar a cabo esta investigación.

En cuanto a los datos personales, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, he sido informada de que serán confidenciales y que es un procedimiento voluntario, por lo que puedo retirarme cuando lo desee, sin que suponga repercusión alguna sobre mi persona y la atención habitual en consulta. Mis datos personales y los datos recogidos en este cuestionario serán tratados y custodiados con respecto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Tomado ello en consideración, otorgo mi pleno consentimiento a que este cuestionario tenga lugar y sea utilizado para el proyecto de estudio con carácter anónimo.

Firma:

En _____, a ____ de _____ de 2019.