

PREVALENCIA Y ACTITUDES DE LAS MATRONAS FRENTE AL TABAQUISMO EN LA GESTACIÓN

Máster en condicionantes genéticos, nutricionales y medioambientales en el crecimiento y el desarrollo.
Línea de investigación: Crecimiento y desarrollo.

Alumna: Celia Salinas Subías

Tutoras: M^aPilar Samper Villagrasa
Isabel Nerín de la Puerta

1. RESUMEN	3
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	4
2.1. INTRODUCCION	4
2.2. FISIOPATOLOGIA DE LOS EFECTOS DEL TABAQUISMO	7
2.3. RESULTADOS MATERNOS	8
2.4. RESULTADOS FETALES	11
2.5. OPCIONES EN LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LAS GESTANTES	13
2.6. IMPORTANCIA DE LOS PROFESIONALES ANTE EL TABAQUISMO	18
2.7. ACTITUD DE LA MATRONA ANTE EL TABAQUISMO EN LA GESTACION.	19
3. JUSTIFICACION	21
4. OBJETIVOS	21
5. HIPOTESIS	22
6. MATERIAL Y METODOS	22
6.1. PARTICIPANTES	22
6.2. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA	22
6.3. DISEÑO DEL ESTUDIO	23
6.4. ANALISIS ESTADISTICO	30
7. RESULTADOS.	31
7.1. ANALISIS DESCRIPTIVO	31
7.2. Análisis comparativo de las diferencias existentes entre las matronas que trabajan en atención primaria y en atención hospitalaria.	45
7.3. Análisis comparativo de las diferencias encontradas en función de los años trabajados como matrona	48
7.4. Análisis comparativo de la influencia de las actitudes de las matronas ante el tabaquismo en la gestación en función de su hábito tabáquico.	51
8. DISCUSIÓN.	52
9. Conclusiones.	63
10. Bibliografía.	64
11. ANEXO I.	69

1. RESUMEN

Se estima que existen 1.3 millones de fumadores en el mundo. Durante los últimos años la prevalencia de tabaquismo en mujeres ha aumentado, lo que implica un mayor número de gestantes fumadoras. La matrona es el profesional sanitario que más tiempo pasa junto a la gestante siendo el profesional sanitario idóneo para ayudar a estas pacientes a abandonar este hábito. Los conocimientos previos y las actitudes de las matronas frente a este hábito influirán en gran medida en el éxito de sus intervenciones. **Objetivo:** Conocer la prevalencia y actitudes de las matronas ante el tabaquismo en la gestación. **Metodología:** Se distribuyó un cuestionario elaborado para este estudio entre las matronas colegiadas y afiliadas a las asociaciones de matronas de España durante el año 2013(N=7930). El cuestionario recoge datos sociodemográficos de las matronas, actitudes, conocimientos e intervenciones de las matronas ante el tabaquismo en la gestación. **Conclusiones:** La prevalencia de tabaquismo en las matronas es inferior a la media nacional. Sus conocimientos y disposición a ayudar a las gestantes a abandonar el tabaquismo es abierta. La falta de destrezas y confianza en su labor en este ámbito junto con el temor a dañar la relación profesional paciente son uno de los principales motivos que dificultan un papel más activo de estos profesionales en la deshabituación tabáquica en gestantes.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

2.1. INTRODUCCION

Actualmente se estima que hay 1.3 billones de fumadores en el mundo y es una de las primeras causas evitables de muerte en el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud(OMS), el tabaco mata a 5 millones de personas en el mundo al año. Se estima que si esta tendencia continúa en el año 2030 provocará 8 millones de defunciones¹.

Las sustancias que componen el tabaco se relacionan en diversos estudios, como factores de riesgo para el desarrollo de diversas patologías. Diversas investigaciones han demostrado que ser fumador aumenta de forma considerable las probabilidades de desarrollar cáncer, entre ellos: cáncer de pulmón, esófago, laringe, labios, riñón, páncreas estómago y cérvix siendo en muchos de estos tipos la principal causa. El impacto que tiene esta sustancia es de tal magnitud, que se considera el primer factor evitable de muerte por cáncer, se estima que pueden evitarse un 22% de estas muertes en el mundo según la OMS².

Dentro de las diferentes patologías oncológicas el cáncer de pulmón es la que está más estrechamente relacionada con el tabaco. Se considera la principal causa de cáncer de pulmón atribuyéndose hasta un 70% de los casos al tabaquismo². Además de los efectos que puede tener el consumo activo, las personas que no son fumadoras pero inhalan tabaco de forma pasiva, también están expuestas a un mayor riesgo de una neoplasia pulmonar.

Las enfermedades neoplásicas no son la única patología con la que se relaciona el tabaco. Es un factor de riesgo importante en enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial y/o la cardiopatía isquémica. Las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo la principal causa de muerte en nuestro país durante el año 2011³.

El tabaco, al inhalarse por vía respiratoria provoca con el paso del tiempo, daños irreversibles en el aparato respiratorio desarrollándose como consecuencia diversos tipos de enfermedades pulmonares crónicas como son el enfisema pulmonar o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Durante el año 2011 las enfermedades pulmonares fueron la causa de un 10,9% de las

muertes en España, ocupando el tercer lugar, tendencia que ha ido en aumento un 4,9% respecto a los dos últimos años³.

Los datos de morbimortalidad evidencian que este hábito es el responsable de una merma importante en la calidad de vida de las personas. Las cifras demuestran que cambiar este hábito de consumo, debe ser prioritario en todos los sistemas sanitarios. Por otra parte, la situación económica actual contribuye a que las autoridades sanitarias cada día valoren más la importancia de racionalizar los recursos. Para saber priorizar es muy importante qué tipo de problemas afectan a la salud de la población, a la vez que se valora la magnitud y gravedad de los mismos.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos de los métodos más económicos y con mejores resultados en la salud de los individuos. Mediante este tipo de medidas se actuará en estadios previos al desarrollo de la enfermedad de forma sencilla y a su vez efectiva. En estas fases, la calidad de vida de los individuos no se ha visto mermada, por lo tanto, nos estamos anticipando a problemas mayores.

Por otra parte, cualquier tratamiento médico para tratar una enfermedad siempre va a implicar el uso de numerosos recursos tanto humanos como materiales. A todo esto habrá que añadir el impacto que va a tener en la vida de los individuos tanto a nivel físico y psicológico. Por lo tanto, destinar más recursos a la prevención disminuye el gasto sanitario y permite que las personas vivan mejor y durante más tiempo.

En España, una de cada siete muertes ocurridas cada año en individuos mayores de 35 años es atribuible al consumo de tabaco, con importantes diferencias según sexo: mientras que en los hombres el tabaco causa una de cada cuatro muertes, en las mujeres una de cada 29³.

Según la última Encuesta Nacional de salud del año 2011-2012 el número de fumadores ha descendido a un 20 % desde un 26,4% del año 2006, siendo la cifra más baja en 25 años³. Estos datos muestran la influencia positiva de las políticas sanitarias destinadas a disminuir la prevalencia de este hábito, lo cual es un refuerzo positivo para aquellos profesionales que aúnan sus esfuerzos para mejorar estos datos.

Por otra parte, en los países industrializados la prevalencia de tabaquismo en mujeres ha ido en aumento durante los últimos años, llegando a ser en ocasiones superior a la de los hombres. Aunque en la actualidad las muertes ocasionadas por el tabaco siguen siendo en su mayoría en hombres, el número de muertes en mujeres relacionadas con el tabaco está aumentando⁴.

Analizando las cifras por sexos, se observa que la prevalencia de tabaquismo en ambos grupo se iguala. A pesar de que hay un descenso global, esta disminución se debe al grupo masculino. Por el contrario, en el grupo femenino esta tendencia va en aumento. Lo cual refleja un cambio en la tendencia del hábito de consumo entre las mujeres.

Es importante tener en cuenta la perspectiva de género a la hora de planificar proyectos para la ayuda a la deshabituación tabáquica. La tasa de éxito es similar en ambos sexos según Marqueta et al. pero existen diferencias en los factores que influyen en los resultados. En el caso de los hombres, el éxito se relaciona con una menor dependencia a la nicotina y no tener una pareja fumadora, mientras que en las mujeres está condicionado por tener una mayor edad, fumar menos cigarrillos al día y no padecer ansiedad o depresión durante el tratamiento, así como por la presencia de amigos fumadores⁴.

El número de mujeres en fumadoras está aumentando, y la mayoría de ellas serán mujeres jóvenes, puesto que la edad de inicio de consumo de tabaco se situa en la adolescencia. Esto significa que aumentará el número de mujeres que fumen durante la gestación. Si fumar en cualquier etapa de la vida es perjudicial, durante el embarazo las consecuencias resultan ser peores. Este hábito va a aumentar la morbilidad y mortalidad prenatal y el riesgo de complicaciones maternas y/o fetales.

Dentro de todas ellas, el bajo peso en el nacimiento es la más común y es una de las principales causas de muerte infantil, especialmente en familias de nivel socioeconómico bajo. Además de esto, algunos estudios han demostrado que puede interferir con el desarrollo de una adecuada lactancia materna por una reducción en la producción de leche⁵.

La prevalencia de tabaquismo entre las embarazadas en todo el mundo es elevada a pesar de ser conocidos y estar corroborados por diversos estudios los riesgos que esta práctica conlleva. En Europa, la prevalencia de tabaquismo en la gestación se sitúa entorno a un 14-15%. En Alemania se registró que un 13 % de las mujeres fumaron durante el embarazo además, parece existir una relación entre la edad materna y el tabaco dado que un 34% de las embarazadas menores de 20 años fumaban⁶. En España la prevalencia es del 18,2% ^{5,7}, encontrándose una frecuencia superior en menores de 20 años⁸.

Norteamérica presenta unos índices de prevalencia similares a los europeos, alrededor de 14%. En Canadá un estudio demostró que un 70% de las mujeres que fumaban antes del embarazo continuaban haciéndolo durante la gestación, de las cuales menos de un 26% de las fumadoras se abstuvieron de mantener este hábito durante el embarazo⁶.

En países asiáticos como Japón la prevalencia es considerablemente inferior disminuyendo la cifra hasta un 6,5%⁹.

2.2. FISIOPATOLOGIA DE LOS EFECTOS DEL TABAQUISMO

Los mecanismos mediante los cuales el tabaco influye en la gestación no se conocen por completo, pero sí sabemos cómo actúan algunos de sus componentes.

La nicotina es un importante teratógeno que además, induce la vasoconstricción, lo cual reduce el flujo placentario y la oxigenación fetal. También influye en la proliferación y diferenciación celular afectando a la supervivencia de las neuronas y al desarrollo de sistemas neurotransmisores¹⁰.

Otro elemento teratógeno, es el monóxido de carbono, el cual es rápidamente absorbido en la sangre donde se une a la hemoglobina formando la carbohemoglobina cuyos resultados producen hipoxia.

De esta manera, se puede inferir que al recibir menos flujo sanguíneo y consecuentemente oxígeno. El feto presentará hipoxia y este a su vez lo compensará centralizando la circulación. Al disminuir la presión parcial de O₂ y aumentar la del CO₂ se activan los quimiorreceptores de la aorta y la carótida. Este mecanismo será el responsable de que haya una vasodilatación central

que garantice una correcta irrigación de los órganos vitales como son cerebro, corazón y como consecuencia, no se distribuirán los nutrientes de forma igual por todo el organismo.

El cadmio es otro constituyente tóxico del tabaco, se acumula en la placenta en las células trofoblásticas inhibiendo al 11-B-hydroxiesteroid deshidrogenasa tipo 2. Reduce la actividad de esta enzima, la cual es necesaria para que el cortisol se inactice. Este efecto se podría relacionar con la restricción del crecimiento fetal¹⁰.

Además de estos constituyentes existen otros componentes, como por ejemplo los aditivos, de los cuales actualmente se desconocen sus efectos.

El momento de mayor riesgo de exposición durante el embarazo es la segunda mitad del embarazo, de hecho, si una embarazada decide dejar de fumar durante el primer trimestre desaparecerá el riesgo de complicaciones asociadas al tabaquismo¹⁰.

Existe una relación dosis-efecto entre el consumo de tabaco y los efectos. Machado et al. realizó un estudio prospectivo en el que se evaluó mediante doppler la circulación uterina, de la arteria umbilical y la arteria cerebral media. Se registraron mayores índices de resistencia a mayor concentración de monóxido de carbono exhalado y cotinina urinaria en mujeres embarazadas¹⁰.

2.3. RESULTADOS MATERNOS

Si fumar en cualquier etapa de la vida implica un aumento de riesgo en el desarrollo de enfermedades, durante el embarazo aumentará la prevalencia de complicaciones maternas durante la gestación y el parto. Tanto el tabaquismo activo como la exposición pasiva al tabaco están asociados a complicaciones durante la gestación.

Además, si la madre es fumadora pasiva continuará existiendo el riesgo de que se produzca alguna de estas complicaciones. Por consiguiente, es evidente que la disminución en la perfusión placentaria causada por la nicotina favorecerá la aparición de estas patologías.

2.3.1. *Complicaciones al inicio de la gestación.*

A pesar de los avances de la medicina, el aborto continúa siendo la complicación obstétrica más común al inicio de la gestación.

Hure et al. desarrollaron un estudio descriptivo en el que entrevistaron a 5806 mujeres australianas con edades comprendidas entre los 31 y 36 años. Los resultados analizados encontraron una relación estadísticamente significativa los abortos y las gestantes fumadoras, además se trataba del grupo de mujeres que había tardado más tiempo en concebir (>12meses)¹¹.

Complicaciones en el tercer trimestre.

Hayashi et al. llevaron a cabo un estudio de casos control en 180.855 gestantes japonesas en el que evaluaron 11 complicaciones obstétricas diferentes siendo un 5,5% de la muestra fumadora⁹.

Existe una relación estadística significativa entre el tabaquismo en la gestación y las siguientes complicaciones: parto prematuro, incompetencia cervical, abrupcio placentae, rotura prematura de membranas y corioamnionitis. De las 11 complicaciones obstétricas estudiadas, 6 de ellas se relacionaron con el consumo de tabaco siendo uno de los factores de riesgo más relevantes dentro de todos los estudiados^{9,12}.

Hure et al. encontraron una mayor prevalencia de partos pretérmino en gestantes fumadoras¹². En el caso de las mujeres fumadoras el riesgo de parto pretérmino es de un 1,27%¹². Los mecanismos que producen esta complicación todavía no se han podido describir con detalle, siendo más frecuente en mujeres multíparas, en nulíparas no existe consenso en la comunidad científica.

En el caso de las multíparas, además de producirse con más frecuencia esta complicación, dentro de aquellas que son fumadoras existe un mayor consumo diario de cigarrillos. Este hecho, se debe que al haber tenido gestaciones anteriores y por lo general con buenos resultados, disminuye la percepción de riesgo ante futuras complicaciones, por lo que dan menos importancia a el impacto que pueda tener el consumo y por lo tanto, como consecuencia fuman más.

Aparentemente, no es un porcentaje muy elevado el número de partos pretérmino relacionados con el tabaco, pero las complicaciones que se

presentan en estos recién nacidos implican un aumento de la morbilidad neonatal y a su vez importantes gastos sanitarios.

Por lo tanto, todas aquellas medidas destinadas a disminuir el número de partos pretérmino son necesarias. Se trata de un factor de riesgo susceptible de ser eliminado, mediante un cambio en la conducta a diferencia de otros como la raza o la herencia genética que no son modificables. Es decir se trata de una causa evitable, lo que justifica que se deba dar importancia por parte de los profesionales.

Dentro de las medidas que se han tomado, una de ellas ha sido la modificación en una legislación que limite el consumo de tabaco en espacios públicos. Con la modificación de la normativa en cuanto a consumo de tabaco diversos investigadores han medido los efectos beneficiosos de esta medida.

En Escocia, se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el cual, se analizó el impacto de esta normativa en las complicaciones durante la gestación. Tras recopilar los datos y analizándolos teniendo en cuenta otras variables que pudieran actuar como factores de confusión, se detectó que había disminuido un 6,6% la prevalencia de gestantes fumadoras. Por otra parte, descendió el número de partos pretérmino un 11,72%. La reducción de los partos pretérmino se observó tanto en fumadoras como no fumadoras. Estos resultados demuestran la importancia de evitar la exposición al tabaco tanto de forma activa como pasiva durante la gestación y de la importante mejora de los resultados maternofetales cuando no hay tabaco en el humo ambiental¹³.

Hipertensión arterial y tabaco

En lo que respecta a la hipertensión inducida por la gestación existe controversia entre los diferentes estudios. Unos autores afirman que el tabaco es un factor protector, mientras que otros estudios no encuentran ningún tipo de relación.

Por otra parte, la eclampsia es el único evento obstétrico en el cual se disminuye el riesgo en las gestantes fumadoras. Lo que a su vez supone un factor protector frente a aquellos partos pretérmino producidos por pre-eclampsia. Por este motivo, es menos frecuente el índice de partos pretérmino en nulíparas, la hipertensión materna es más frecuente en nulíparas disminuyendo de este modo, el riesgo de parto pretérmino¹³

2.4. RESULTADOS FETALES

Afectación a corto plazo

El modo en que el tabaco ejerce su efecto negativo en el crecimiento fetal no está descrito por completo. Los mecanismos que influyen en este proceso dependerán de factores nutricionales, alteraciones metabólicas, el efecto tóxico de las sustancias que componen el tabaco y una reducción en el aporte de oxígeno.

Lindsay et al. analizaron las medidas antropométricas de 129 niños, 30 de ellos hijos de madres fumadoras. Las diferencias en las medidas antropométricas encontradas por los autores que los hijos de madres fumadoras tenían un peso menor al nacimiento a expensas de una reducción en la masa magra¹⁴.

Numerosos estudios demuestran que el tabaquismo es la primera causa prevenible de bajo peso en el nacimiento y crecimiento intrauterino retardado (CIR). Se ha observado que el diámetro biparietal y occipitofrontal está disminuido en los fetos de embarazadas fumadoras al igual que el volumen renal, la circunferencia abdominal y volumen cardiaco^{6, 14-18}.

Reeves et al. realizaron un seguimiento ecográfico del peso fetal durante la gestación correlacionándolo con el hábito tabáquico materno⁵. Los ultrasonidos son un excelente método para medir de forma objetiva la evolución del crecimiento fetal intraútero, hasta ahora es el método más preciso disponible. Esté autor concluyó que durante el primer y segundo trimestre no se detectó una disminución en la curva de crecimiento, únicamente en el tercer trimestre se podía predecir qué neonatos iban a tener bajo peso en el nacimiento, esto sugiere que los efectos del tabaco se manifiestan hasta el tercer trimestre⁵.

Reeves et al afirma que se produce una mayor afectación del peso fetal y por consiguiente una estancamiento o reducción del percentil de crecimiento en mujeres fumadoras durante el tercer trimestre⁵.

Esté efecto es dosis dependiente, siendo menor el peso a mayor cantidad de cigarrillos diarios consumidos, la pérdida oscila entre 86 g. cuando se fuman 1-10 cigarrillos diarios y 277g. cuando se consumen más de 20 cigarrillos al día⁶.

Samper et al. encontraron medidas antropométricas similares en recién nacidos de madres no fumadoras y recién nacidos de mujeres que habían dejado de fumar al principio de la gestación. Generalmente estas mujeres dejan de fumar durante el primer o segundo mes de embarazo, cuando se confirman los resultados del test de embarazo. Estos datos corroboran las teorías que afirman que la exposición a la nicotina es dosis dependiente, en el momento en que una gestante deja de fumar el crecimiento del feto se sitúa dentro de los percentiles normales de peso. Este grupo de estudio encontró diferencias estadísticamente significativas en la distribución de tejido subcutáneo¹⁵.

Además del hábito tabáquico materno, la evidencia científica sugiere que la exposición pasiva al tabaco también afecta al peso fetal, especialmente en los casos en los que el padre sea fumador registrándose pérdidas de entre 88 y 79 g.

En lo que respecta a cambios en el comportamiento, Barros et al. realizó un ensayo clínico cruzado en el que evaluó a los neonatos de madres adolescentes expuestos y no expuestos a tabaco durante las 24 y 72 horas primeras horas de vida¹⁹. Los resultados obtenidos mostraron que los hijos de madres fumadoras presentaban mayor nivel de excitación, irritabilidad, estrés o señales que indicaban un síndrome de abstinencia y una menor puntuación en los test que evaluaban la adaptación al medio.

Efectos a largo plazo

Los efectos que produce el tabaco en el crecimiento y desarrollo intrauterino y los resultados fetales en los recién nacidos están descritos por la literatura científica con gran precisión de detalles, por el contrario, las consecuencias que puede acarrear este factor ambiental por el momento, han sido poco estudiadas.

Una de las principales consecuencias es que pueda haber problemas en el crecimiento postnatal y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta²⁰.

Cohen et al. sugiere que los hijos de madres fumadoras presentan una alteración en la programación de su sistema nervioso simpático. La exposición intrauterina al tabaco altera el inmaduro sistema cardiovascular del feto incluso en los casos de exposición pasiva al tabaco. La placenta no actúa de barrera protectora, por lo tanto, permite el paso de estas sustancias que alteran la

programación de nuestro sistema nervioso autónomo de tal manera que predispone a estos sujetos a desarrollar hipertensión arterial en un futuro^{14,16}.

A pesar de que durante el periodo neonatal los hijos de madres fumadoras tengan cifras menores de peso respecto a hijos de no fumadoras, durante la etapa infantil la curva de crecimiento se invierte. Estos niños, muestran mayores IMC que diversas investigaciones han correlacionado con la exposición al tabaco en el embarazo¹⁹⁻²².

Otras patologías que se muestran con mayor prevalencia en hijos de madres fumadoras durante la infancia son problemas infecciosos como el asma, otitis media y neumonía, muerte fetal y síndrome de hiperactividad por déficit de atención¹⁹.

En general, diversos estudios alertan de una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad coronaria en la edad adulta, aunque por el momento las investigaciones realizadas no son suficientes para afirmar con rotundidad esta premisa puesto que no se conoce con precisión los mecanismos responsables de estos cambios.

2.5. OPCIONES EN LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LAS GESTANTES

A pesar de los efectos adversos descritos en la literatura científica y de la transmisión de esta información a la población general a través de diferentes medios, entre un 30-50% de las gestantes abandonan el tabaco durante el embarazo de forma espontánea²³. Por lo tanto, es importante que los profesionales sean conscientes de estos datos para poder focalizar sus intervenciones en población sensible a ellas. La orientación y apoyo por parte de un profesional de la salud es una opción que puede incrementar hasta un 6% el éxito en el cese del hábito tabaquico²⁴, elevando de esta manera el número de embarazadas que dejan de fumar.

Una mujer está especialmente motivada para dejar el tabaco durante esta etapa de su vida por lo que este grupo poblacional estará más predisposto a adoptar cambios respecto a la población general. Un embarazo

es un proyecto vital que supone una etapa nueva en la vida de una mujer, por lo que es un buen momento para adoptar cambios.

Para poder realizar intervenciones efectivas, es importante conocer las características específicas de estas mujeres. Dentro de lo que es el grupo de gestantes que fuman, a su vez se puede dividir en subgrupos¹.

Entre las gestantes fumadoras, encontraremos mujeres con gran interés en proteger su salud y la de su bebe. Las mujeres que muestran una mayor preocupación, tienen más formación académica, son primíparas, consumen menos cigarrillos y conviven con un menor número de fumadores. Además de esto, confían plenamente en su capacidad de lograr ese objetivo y son conscientes de los efectos dañinos que producen la nicotina y el resto de los componentes en su salud y en la del feto, es decir, tienen más autoestima y están informadas²⁵.

Unido a estas características, el entorno que les rodea es más favorable a la deshabituación tabáquica. Al convivir con un número menor de fumadores respecto al otro grupo de gestantes fumadoras, su entorno compuesto por familiares y amigos se mostrará más abierto a dar apoyo y motivación, para ayudar a la gestante a lograr su objetivo. Dentro de las personas que acompañan a la gestante la que influye de forma considerable el hábito tabáquico de su pareja.

Estas gestantes tienen una alta predisposición a adoptar el cambio, y nuestra labor consistirá en asesorarles a como realizar el cambio y reforzar positivamente sus conductas para que lo mantengan.

A pesar ser este periodo una importante fuente de motivación para abandonar el hábito tabáquico y existir gestantes dispuestas a dar el cambio, no es sí mismo un motivo suficiente para un porcentaje considerable de mujeres. Por diversos factores, este grupo de gestantes muestra menos interés y voluntad en dejar el tabaco. Generalmente, estas mujeres tienden a presentar más problemas psicológicos y emocionales, lo cual hace que tengan mas inestabilidad psicologica y les resulte más difícil controlar los impulsos que les generan ansiedad y como consecuencia consumo de cigarrillos²⁵.

Las gestantes que no dejan de fumar durante la gestación, consumen un mayor número de cigarrillos al día y por lo tanto, tienen una alta dependencia a la nicotina^{1, 25}. Generalmente en su entorno existe un mayor

número de fumadores, tienen un nivel socioeconómico bajo, poseen menor formación académica y tienen un mayor número de problemas emocionales y psicológicos. Teniendo en cuenta las características ambientales y personales poco favorables, esta población podría beneficiarse de un asesoramiento psicológico y recibir consejos específicos de su matrona en la primera visita prenatal.

Por otra parte, situaciones como el estrés previo al parto, el nivel socioeconómico u otras circunstancias pueden ser la causa que desaliente a las gestantes a la hora de intentarlo. En estas situaciones será muy importante la intervención de los profesionales para poderlas acompañar y conseguir la abstinencia tabáquica. Va a ser el grupo poblacional al que más esfuerzos y atención debemos dedicarles.

En general, la mayoría de las gestantes son conscientes de la necesidad de adoptar un cambio y se encuentran en la fase de contemplación, el problema es aquellas mujeres que están en la fase de pre-contemplación y se muestran reacias a avanzar. Realizar intervenciones durante las primeras semanas de gestación incrementa el número de gestantes que dejan de fumar, adem, una vez que llegan al tercer trimestre fumando, es más complicado que abandonen el tabaco²⁵.

Otro grupo al que debemos prestar atención es el formado por mujeres que al que planificar una gestación tienen presente que deben dejar de fumar y ya han dado este paso. Al interrogar a la paciente por la existencia de consumo de tabaco, nos se autodenominaran como exfumadoras, será importante saber si son exfumadoras recientes.

Dentro de las gestantes fumadoras generalmente, un 50% deja de consumir el tabaco de forma voluntaria en el momento que se confirma la gestación al menos durante 24 horas inmediatamente posteriores al momento en el que conocen los resultados positivos de la prueba de embarazo²⁵. El problema radica, en que a pesar de su voluntad e intencionalidad en adoptar el cambio, solo una cuarta parte consigue mantenerlo de forma voluntaria durante suficiente tiempo como para conseguir la abstinencia total.

Por otra parte, la gran mayoría de estas ex fumadoras recientes mantienen la abstinencia durante la gestación alrededor de un 80-85%. Una vez pasado el parto un 70% de ellas volverá a fumar pasados los 6 meses

posparto². Estas mujeres consideran que han parado su consumo de tabaco, no que realmente lo hayan abandonado.

Este grupo que de forma voluntaria deja de fumar, se autodenominaran como ex fumadoras, es muy importante tener presente que aunque ya no fumen, debemos seguir reforzando sus hábitos puesto que son vulnerables a recaer durante el embarazo, y sobre todo durante el posparto. Un 80-85% de ellas será capaz de mantenerse sin fumar durante el embarazo, pero alrededor de un 70% de estas ex fumadoras recaerán en el posparto. Muchas de ellas cesan su consumo de tabaco, pero no lo abandonan definitivamente, lo que explica el alto porcentaje de mujeres que recaen durante el puerperio¹.

El principal motivo que les conduce a este cambio es no perjudicar a su hijo en primer lugar, y su propia salud pasa a un segundo plano. Durante la gestación los beneficios que se obtienen al dejar de fumar son muy importantes tanto a corto como a largo plazo. Los beneficios a corto plazo repercutirán directamente en el bienestar materno-fetal, generalmente, son los que inducen a estas mujeres a cambiar. A largo plazo, disminuirá el riesgo de que el niño desarrolle enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y la madre habrá conseguido realizar un cambio importante en su salud. Es fundamental informar también de estos beneficios, ya que la población no conoce el impacto tan profundo que tiene el tabaco en su salud.

Las herramientas de que dispondremos para ayudar a nuestras pacientes van a ser el consejo anti-tabáquico y el empleo de parches de nicotina. Siendo la combinación de ambos el tratamiento más exitoso. Desafortunadamente, la opción farmacológica no es segura en gestantes por los posibles efectos teratogenos.

Es importante que las intervenciones de consejo antitabaco se realicen de acuerdo a una serie de pautas, adaptándonos al contexto, informando correctamente y proporcionando el apoyo adecuado²⁶. La motivación para lograr el cese por completo de este hábito y mantener la abstinencia es una pieza clave para lograr estos objetivos.

La motivación es el motor que va a impulsarnos a adoptar una conducta específica para alcanzar una meta, es aquella energía capaz de mover a una persona a esforzarse por alcanzar sus objetivos. Por esto mismo, es importante motivarlas para que las gestantes desarrollen procesos cognitivos y

comportamentales dirigidos a adoptar el cambio durante la gestación y sobretodo conseguir mantenerlo en el posparto.

A modo de resumen las gestantes fumadoras se pueden clasificar en tres grupos: mujeres que han dejado el tabaco al quedarse embarazadas, mujeres que desean dejar de fumar pero necesitan apoyo y mujeres que no tienen ninguna intención en cambiar este hábito.

Determinar con exactitud el tipo de intervención resulta complejo, a modo de resumen estas son las líneas que deben guiar nuestras intervenciones:

- Promocionar el abandono del tabaco en aquellas mujeres que planifican una gestación. Dejar el tabaco antes de la gestación es la mejor protección para el bebé y maximiza la posibilidad de integrar la motivación y mantener el cambio comportamental durante más tiempo.
- Detectar las gestantes fumadoras lo antes posible, si se deja de consumir tabaco al inicio de la gestación, existirán pocas diferencias en los resultados con las gestantes no fumadoras. Será muy importante localizar aquellas pacientes que tengan dificultades y necesiten más apoyo y asesoramiento específico.
- Mantener la abstinencia en el posparto.
- Sensibilizar a todas las gestantes de los riesgos que entraña la exposición al tabaquismo pasivo.

2.6. IMPORTANCIA DE LOS PROFESIONALES ANTE EL TABAQUISMO

El personal sanitario tiene un destacado papel en el control del tabaquismo. Ellos están en contacto continuo con la población procedente de todos los niveles sociales, aparecen en numerosos medios de comunicación como expertos en salud y tienen influencia en las políticas públicas de salud.

A nivel individual, informan a la población sobre los daños del tabaco y de la exposición pasiva a este y también, pueden ayudar a una persona abandonar el tabaco.

A nivel comunitario, pueden promover el desarrollo de campañas informativas o fomentando iniciativas antitabaco como por ejemplo, el aumento de los lugares libres de humo.

En definitiva, los profesionales de la salud disponen de una serie de ventajas que deben ser empleadas para disminuir el consumo de tabaco y a su vez mejorar la calidad de vida de las personas.

A pesar de disponer de mucha información sobre los efectos nocivos del tabaco, un porcentaje considerable de sanitarios son fumadores. En parte, esto es debido a que un 90% de ellos toman esta decisión antes de decidir que se van a dedicar profesionalmente a este ámbito y muchos de ellos se convierten en consumidores habituales alrededor de los 19 años²⁶.

Seguramente, son conscientes de los riesgos de esta práctica pero a pesar de ello, no es un argumento suficiente como para abandonar el tabaco en la mayoría de los casos. Esta situación crea un conflicto de intereses entre estos profesionales. Su credibilidad a la hora de aconsejar a una persona va a disminuir, puesto que su comportamiento en esta área no es ejemplar. Adicionalmente, los estudios demuestran que aquellos sanitarios que fuman realizan con menos frecuencia e insistencia la promoción el abandono del tabaco y la ayuda en la deshabituación.

Simplemente, aconsejar a una persona que deje de fumar aumenta las tasas de abstinencia un 30%. En el caso del personal de enfermería, las intervenciones puestas en práctica en este campo incrementan un 50% el logro del abandono del tabaco²⁷.

2.7. ACTITUD DE LA MATRONA ANTE EL TABAQUISMO EN LA GESTACION.

Dentro de los profesionales de la salud que atienden a las gestantes, las matronas son uno de los cuales dedican gran parte de su labor a atender a las gestantes y a realizar actividades relacionadas con la educación para la salud, en las consultas en la educación maternal. Inician la relación con las embarazadas durante las primeras semanas de gestación y se mantiene hasta el primer mes del posparto. Por lo tanto, pueden desarrollar una importante labor tanto motivacional para iniciar el cambio al inicio de la gestación como fuente de apoyo a lo largo de todo el proceso para conseguir el mantenimiento de la abstinencia tabáquica.

A pesar de que estos profesionales pasan mucho tiempo con las gestantes, los estudios realizados muestran el consejo antitabaco por parte de las matronas no es lo suficientemente efectivo como para influir en la conducta de las mujeres. Los profesionales entrevistados asocian como causa de este problema la falta de tiempo y en otras un desconocimiento de las pautas concretas a establecer para conseguir éxito cuando se trata de ayudar a las gestantes a dejar de fumar. Un porcentaje considerable de matronas temen que su relación paciente-profesional se vea deteriorada por el hecho de aconsejar de forma insistente a una gestante acerca de este hábito²⁸⁻³⁰.

Incluso un estudio llevado a cabo por Hajek describió que muchas matronas deseaban colaborar en este proceso, pero que en la práctica preferían derivar a sus pacientes a un especialista en deshabituación tabáquica. Este es el método ideal, pero el problema de derivarlas a una consulta de deshabituación tabáquica es que menos del 5% acudirán, en el caso de las gestantes, prefieren recibir consejo de forma personalizada aprovechando las visitas prenatales²⁹.

Por otra parte, se encontró una discordancia entre la voluntad del personal y la realidad a la hora de poner en práctica estos consejos. En gran parte, esto puede estar relacionado con la poca valoración que se da al éxito de estas intervenciones. Dado que la relación que se establece dura unos pocos días, en este caso, no temían que se deteriorara por dar este tipo de consejos.

Condfliffe et al. Analizó las actitudes del personal de una maternidad respecto a las intervenciones en el cese del hábito tabáquico. Resultó sorprendente que muy pocos de ellos daban consejo a las gestantes, siendo que estas se encontraban en un momento óptimo²⁸.

A pesar de que los expertos insisten en la utilidad de estas intervenciones, algunos autores como Hajek et al.²⁹ afirman que las matronas son reacias y/o valoran la efectividad de sus intervenciones como escasa o nula en este campo. Este autor sugiere que este colectivo tiende a ser permisivo en lo que respecta al cese del hábito por completo y en lugar de esto, recomiendan con más frecuencia reducir el consumo de cigarrillos ya que esto implica una actitud menos autoritaria con sus pacientes.

3.JUSTIFICACION

El consumo de tabaco en el colectivo femenino está aumentando a pesar de la introducción de leyes que restringen el consumo de tabaco. Generalmente, se inicia este hábito en edades tempranas y coincidiendo con el periodo fértil de la mujer. Esto implica que existe un elevado riesgo de que las mujeres en edad fértil fumen durante el embarazo, actualmente aproximadamente un 20% de las gestantes fuman a pesar de los efectos nocivos para la madre y el hijo tanto a corto como a largo plazo.

Disminuir el número de embarazadas fumadoras es por tanto un objetivo prioritario dentro de los profesionales de la salud. Las matronas son los profesionales que pasan más tiempo con las gestantes, por lo tanto son el colectivo ideal para desarrollar esta labor. A pesar de que por parte de este colectivo existe motivación e intencionalidad para llevar a cabo este cometido, sus intervenciones no son lo suficientemente efectivas como para disminuir la tasa. Es necesario conocer las actitudes que tienen las matronas frente al tabaquismo durante la gestación y el hábito de consumo de tabaco entre este colectivo.

4.OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer las características de las intervenciones y la percepción de las matronas frente a las gestantes y el tabaco.

Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de tabaquismo en matronas.
- Conocer el nivel de conocimientos tabaquismo en la gestación de las matronas.
- Conocer las actitudes de las matronas hacia las gestantes fumadoras.

5. HIPOTESIS

La actitud de las matronas frente al tabaquismo en la gestación está influida por sus hábitos tabáquicos y sus conocimientos previos.

Existen diferencias en las intervenciones que realizan las matronas dependiendo del ámbito en el que desarrollen su labor profesional (hospital versus atención primaria).

6. MATERIAL Y METODOS

6.1. PARTICIPANTES

Enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología que desarrollan su labor asistencial tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria dentro del territorio nacional colegiadas y/o asociadas a las asociaciones nacionales de matronas. Según datos del INE a fecha del 31 de Diciembre de 2012 existen 7930 matronas colegiadas en España y de estas, 5500 están afiliadas a asociaciones científicas de matronas.

6.2. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA

Inicialmente, se llevó a cabo una búsqueda de información en la base de datos Pubmed para recopilar información sobre los efectos del tabaquismo tanto en la gestante como en el feto actualizar de esta manera los conocimientos. Se emplearon como descriptores los siguientes términos mesh: 'fetal outcomes', 'secondhand exposure', 'smoking during pregnancy', 'obstetric complications', 'tobacco smoke', 'pregnancy', 'birthweight', 'fetal growth', 'Prenatal smoking'.

Y por otra parte se revisó bibliografía donde se recopilara información sobre la experiencia de las matronas en esta área para elaborar el cuestionario. Los términos que se emplearon en la búsqueda son: 'Smoking cessation', 'midwives', 'motivation', 'pregnancy', 'professional perspectives', 'Smoking cessation interventions'

6.3. DISEÑO DEL ESTUDIO

La información se ha obtenido mediante cuestionarios enviados por correo electrónico. Se consideró que este método era el más idóneo para poder dar una máxima difusión a este y por lo tanto obtener el mayor número posible de cuestionarios para que los resultados sean concluyentes.

Se trata de un estudio observacional transversal.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
1. Elaboración del proyecto							
2. Diseño cuestionario							
3. Recogida de datos							
4. Informatización y análisis estadístico de datos							
5. Elaboración de TFM							

Elaboración del cuestionario.

Puesto que no existía ningún cuestionario validado que se adaptara a nuestras necesidades se procedió a la elaboración de uno propio. El principal objetivo fue desarrollar un listado de preguntas diseñadas de un modo concreto y adecuado que permitieran recoger los aspectos de la realidad que son de interés para poder encontrar respuestas a la hipótesis planteada.

Se realizó una revisión bibliográfica para tener cuestionarios de referencia a partir de los cuales poder elaborar uno que se adaptará a las características del estudio.

Dos cuestionarios fueron empleados como modelo, el primero ha sido el empleado en el estudio realizado por Guillén et al.³² sobre prevalencia de tabaquismo en estudiantes de medicina y el elaborado en un estudio llevado a cabo en matronas inglesas por Beenstock et al.²⁶ Este último cuestionario valora la actitud de las matronas frente al tabaquismo en la gestación, pero al tratarse de una escala procedente de la cultura anglosajona traducirla al castellano no recogía todos los datos que se querían recoger en nuestro estudio, por lo tanto fue necesaria la elaboración de un cuestionario propio con el que pudiéramos recopilar la información necesaria.

Tras analizar la bibliografía encontrada y los cuestionarios empleados en otros estudios, se procedió a la elaboración de nuestro cuestionario. Una vez elaborado un primer banco de preguntas, conformado por 40 preguntas este, fue valorado por tres expertos en la materia. A partir de esta revisión se elaboró el cuestionario definitivo compuesto por 24 preguntas, el resto de las preguntas se descartaron.

Se trata de un cuestionario con 24 preguntas cerradas que se divide en tres partes: perfil profesional, prevalencia tabáquica en matronas y actitudes e intervenciones en situaciones relacionadas con el tabaco y la gestación.

De las 24 variables que recoge la encuesta, 5 son variables cuantitativas discretas, el resto son variables cualitativas, 7 de ellas categóricas y el resto dicotómicas. Se considera que la extensión del cuestionario es correcta puesto que un número más elevado podría hacer menos atractivo el documento a los encuestados y reducir su extensión podría resultar una desventaja en el análisis de resultados por falta de datos. A pesar de tratarse de un grupo poblacional con un nivel educativo adecuado se empleó un lenguaje sencillo para evitar ambigüedades a la hora de interpretar las preguntas.

Recopilación de datos.

Tras ponernos en contacto con las dos principales asociaciones de matronas a nivel nacional, la “Asociación Nacional de Matronas” y “La Federación de Asociaciones de Matronas en España (FAME) y obtener los permisos correspondientes, se enviaron a través de ellas los cuestionarios a las delegaciones provinciales vía email. La ley de protección de datos no permite que estas organizaciones nos dieran las direcciones de correo electrónico por lo que, las responsables de las asociaciones fueron las encargadas de difundir

el documento entre sus asociadas. El cuestionario se diseñó en un formato de Word compatible con todos los sistemas operativos y las matronas debían devolverlo cumplimentado a una cuenta de correo electrónico creada específicamente para este propósito.

El grupo de investigación ubicado en la Universidad de Zaragoza tenía un especial interés por obtener el máximo número posible de cuestionarios procedentes de matronas aragonesas por lo que a través de las delegaciones provinciales del Colegio de Enfermería de la comunidad autónoma se enviaron los cuestionarios.

Dado el bajo número de participación a nivel nacional se decidió contactar con las delegaciones provinciales de los colegios de enfermería de España, en total son 52. Se inició el contacto por correo electrónico. Posteriormente, se contactó vía telefónica con cada sede colegial para obtener los permisos correspondientes durante una primera ronda de contactos y durante las dos semanas siguientes consecutivas se volvió a contactar telefónicamente para cerciorarnos del envío de los cuestionarios. **Figura 1.**

En función de la organización de cada colegio se llevó un seguimiento personalizado del envío de cuestionarios. 12 de las provincias accedieron al envío desde el primer contacto (previa consulta a la vocal matrona o presidente) por lo que en estos casos se recibieron cuestionarios rápidamente de la mitad de las provincias. A pesar de comprobar que los envíos eran correctos, el número de cuestionarios obtenidos continuaba siendo bajo. Se volvió a contactar con este organismo para conocer a cuantas matronas se había realizado el envío. En los colegios de enfermería no se dispone de la dirección de correo electrónico de todas las matronas colegiadas incluso en algunas provincias no se disponía de ningún correo electrónico. Por lo tanto, este hándicap no nos permitía llegar por completo a toda la población diana.

A pesar de contar con la colaboración de las dos principales asociaciones de matronas enviando a las delegaciones provinciales el cuestionario se recibía un número bajo de formularios procedentes de las matronas asociadas. Se contactó vía email y telefónica, en función del tipo de contacto disponible con 12 de las 17 delegaciones provinciales para pedir que se enviara el cuestionario.

Durante la fase de recogida de datos se celebró un congreso nacional de matronas organizado por la Asociación Nacional de Matronas en Zaragoza. Se solicitó permiso a la organización para poder incluir en las carpetas que se entregaron a las congresistas el cuestionario. El número de asistentes fue de 250 y se recogieron 75 cuestionarios cumplimentados.

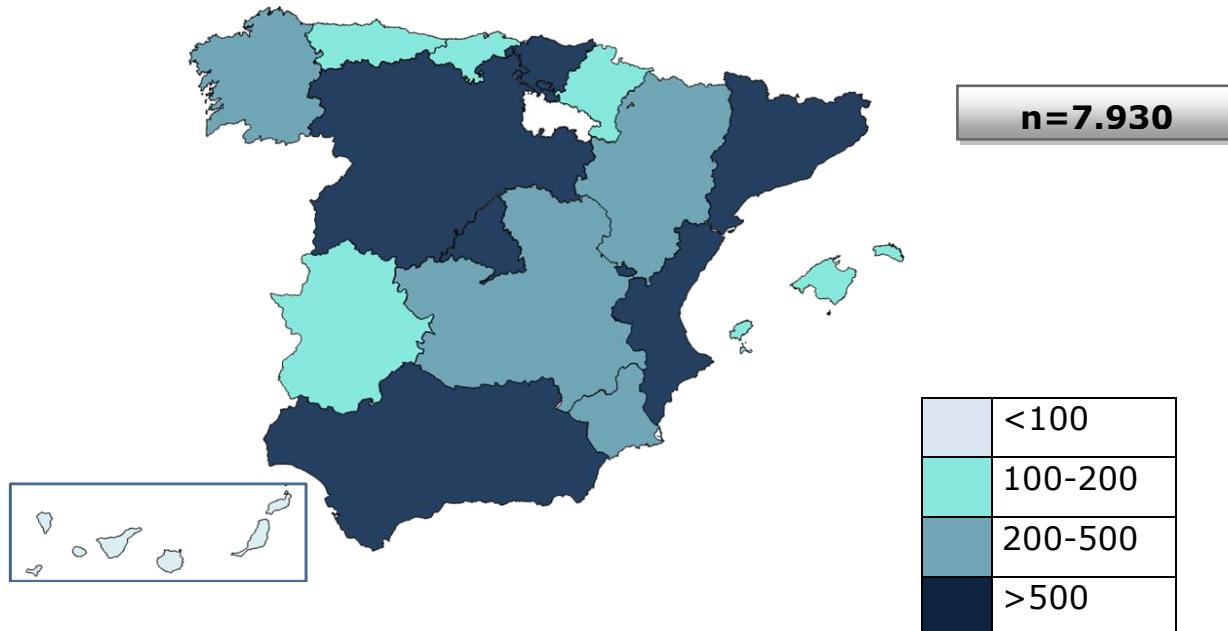


Figura 1. Número de matronas colegiadas en cada comunidad autónoma.

Variables.

1. Variables socio demográficas:

- Sexo.
- Edad.
- Lugar de trabajo (atención primaria y/o atención hospitalaria).
- Tiempo trabajado como matrona.
- Provincia en la que trabaja.

2. Hábito tabáquico.

- ¿Ha fumado alguna vez en su vida?
- Número de matronas que han fumado durante la gestación.
- Edad inicio consumo tabaco.
- Estatus tabáquico actual de las matronas que han fumado alguna vez.
- Consumo diario de cigarrillos.
- ¿Desearía dejar de fumar?
- ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?

3. Conocimientos de las matronas sobre el tabaquismo en la gestación.

- ¿Cree que fumar durante la gestación afecta al desarrollo y crecimiento del feto?
- ¿Cree que fumar durante la gestación aumenta el riesgo de parto prematuro?
- ¿Cree que la inhalación pasiva de humo de tabaco afecta al feto?
- ¿Los hijos de madres fumadoras padecen más riesgo de muerte súbita?
- ¿Los hijos de madres fumadoras padecen más patología respiratoria?

4. Actitudes de las matronas frente al tabaquismo en la gestación.

- ¿Hasta qué punto considera que el comportamiento de la matrona, como fumadora o no fumadora, puede influir en que los pacientes fumen o no?
- ¿Cree que dispone de suficientes habilidades y/o recursos para ayudar a una mujer a dejar de fumar?
- ¿Querría aumentar su formación para abordar el tema del tabaquismo en su práctica clínica diaria?
- ¿Cree que es efectivo el consejo que da a las embarazadas para abandonar el tabaco?
- ¿Considera que dejar de fumar es más perjudicial para el bienestar de la gestante que mantener un consumo mínimo?
- ¿Considera que las gestantes fumadoras muestran una actitud abierta a dejar de fumar?

5. Características de las intervenciones de las matronas ante el tabaquismo en la gestación.

- ¿Con qué frecuencia da a sus pacientes consejos para dejar de fumar?
- ¿Con qué frecuencia da consejo antitabaco a gestantes fumadoras y/o exfumadoras?
- ¿Con qué frecuencia aconseja a las fumadoras que planifican una gestación que abandonen el tabaco?
- ¿Con qué frecuencia da consejo antitabaco a las mujeres que toman anticonceptivos hormonales?

6.4. ANALISIS ESTADISTICO

Los datos se incluyeron en una base de datos informatizada a partir Abril de 2013. Cada participante fue codificada con un número de participación para mantener el anonimato de los participantes. Para obtener los resultados se realizaron las pruebas estadísticas pertinentes, con el objetivo de comparar las diferentes variables de las cuales se compone el estudio, se empleó el programa estadístico Stadistical Package for Social Sciences-SPSS v. 20.0.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. Las variables cualitativas se presentaron mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría.

Para las variables cuantitativas se exploraron si seguían o no una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y se dieron indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles).

Posteriormente, se realizó un análisis comparativo de las variables en función del lugar de trabajo (Atención primaria versus hospitalaria) , el tiempo trabajado como matrona y el hábito tabáquico de la matrona. Para comparar las variables cualitativas se empleó el test de chi cuadrado.

Para realizar el análisis comparativo de las variables en función de la experiencia como matrona, se dividió la muestra en cuatro subgrupos:

- **Grupo 1:** 10 años trabajados como matrona.
- **Grupo 2:** entre 10 y 20 años trabajados como matrona.
- **Grupo 3:** entre 20 y 30 años trabajados como matrona.
- **Grupo 4:** Más de 30 años trabajados como matrona.

Para llevar a cabo el análisis comparativo en función del hábito tabáquico de la matrona, se dividió la muestra en dos subgrupos, por una parte las que son exfumadoras y por otra las que fuman actualmente tanto ocasionalmente como a diario.

7. RESULTADOS.

Durante el periodo comprendido entre Marzo y Junio de 2013 se enviaron un total de 2572 cuestionarios a las asociaciones de matronas y las matronas colegiadas en los colegios de enfermería. Se recibieron un total de 255 cuestionarios cumplimentados, considerando no válidos 5 de ellos. Los cuestionarios descartados habían sido cumplimentados por matronas residentes las cuales no forman parte del universo muestral de este estudio.

7.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

1. Sexo, edad y lugar de trabajo.

De los 245 cuestionarios válidos, 229 (93,5%) fueron contestados por mujeres y 16 por hombres, es decir, un 6,5% de la muestra está compuesta por hombres. **Figura 2.**

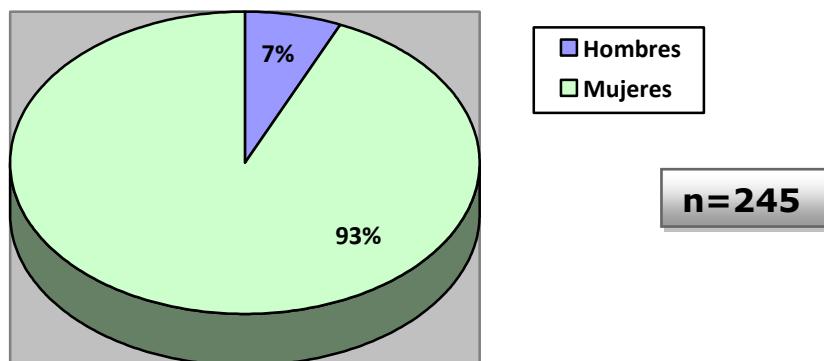


Figura 2: Distribución de la muestra por sexo.

La media de edad de la muestra es de 42,34 años (DE 11,4). **Figura 3.**

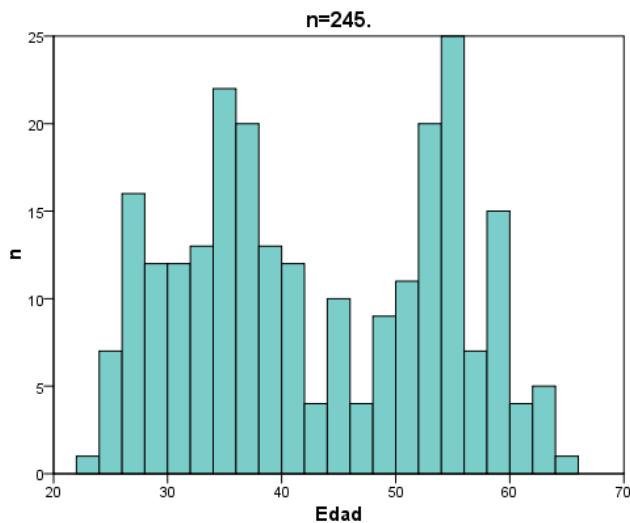


Figura 3: Edad.

Un 42%(n=101) en atención primaria, el 52,1%(n=125) de las encuestadas trabajan en hospitales, y un 5,8%(n=14) trabajan en ambas áreas.

Figura 5.

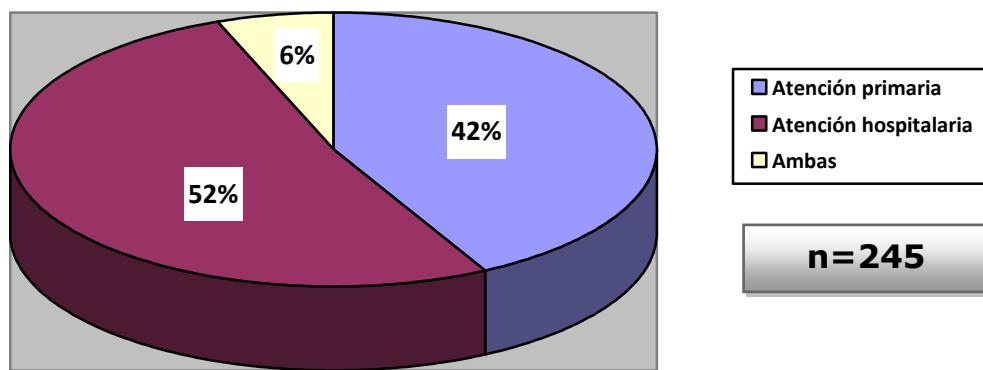


Figura 5: Distribución del lugar de trabajo.

La media de años trabajados como matrona fue de 14, 04 (DE= 12).

Figura 6.

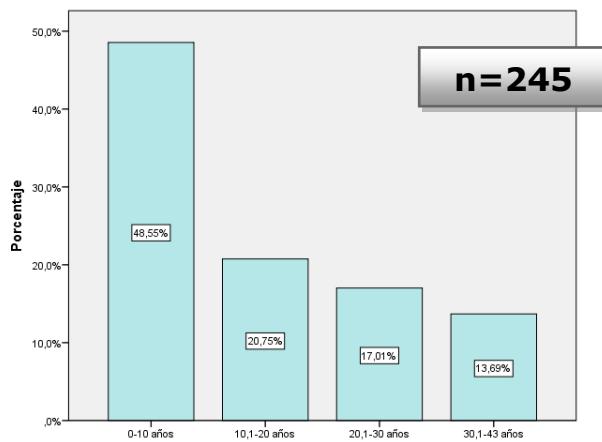


Figura 6: Años trabajados como matrona.

Provincia.

La provincia de donde más participación se obtuvo fue Zaragoza representando un 14,3%(n=35) de las encuestas recibidas, la segunda provincia con más participación fue Madrid con 9,8%(n=24) de participación siguiéndole Vizcaya con un 7,3%(n=18). Otras provincias cuyo índice de participación se sitúa entorno al 4-5% son Huesca(n=13) Alicante(n=10) y Barcelona(n=10).**Figura 7.**

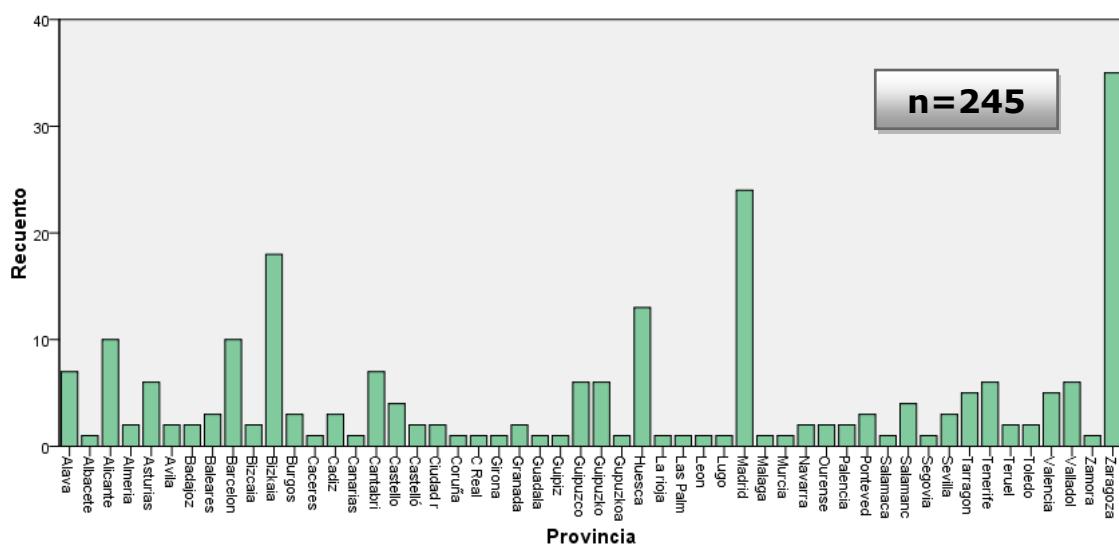


Figura 7: Número de cuestionarios recibidos de cada provincia.

2. Hábito tabáquico

Un 53,7%(n=130) de la muestra afirma haber fumado alguna vez en su vida, mientras que un 46,3%(n=112) nunca ha fumado. **Figura 7**.

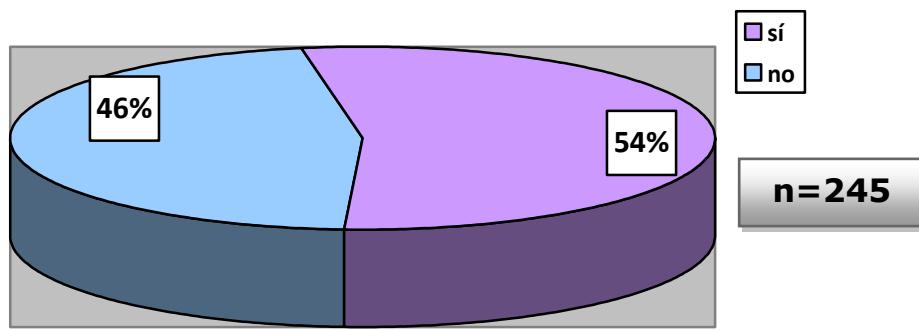


Figura 7: ¿Ha fumado alguna vez en su vida?

De las madronas que habían fumado alguna vez, un 15,2%(n=19) afirmó haber fumado durante la gestación. **Figura 8**.

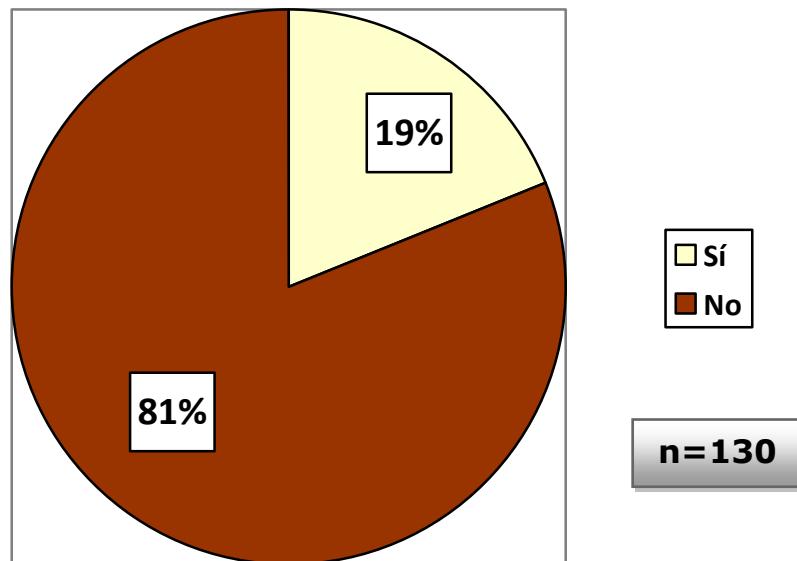


Figura 8: Matronas que han fumado durante la gestación.

De las madronas que afirman haber fumado alguna vez, la edad media de inicio del consumo de tabaco es de 17,96 años (DE= 3,4), límite inferior= 17,2 y límite superior=18,7. **Figura 9.**

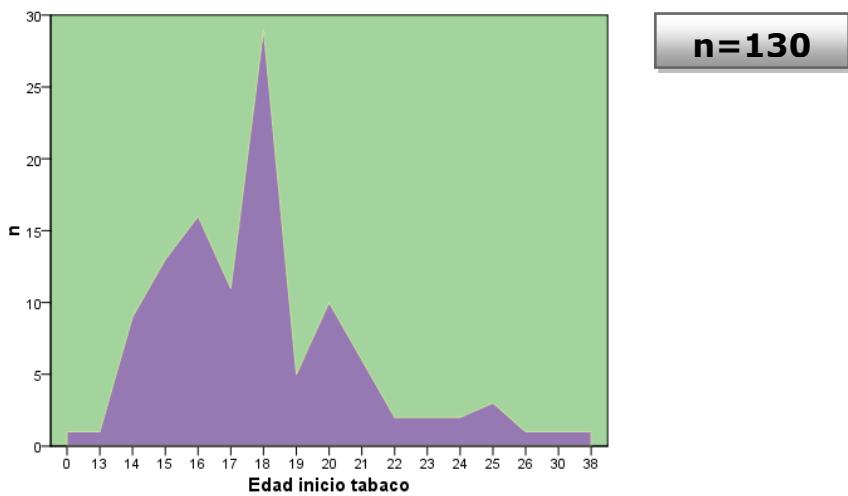


Figura 9: Edad media de inicio de consumo de tabaco.

En el momento de la realización de la encuesta un 36,7%(n=90) del grupo de madronas que han fumado alguna vez afirmó ser ex fumador, un 8,2%(n=20) fumar ocasionalmente y un 6,1%(n=15) fumar a diario. **Figura 10.**

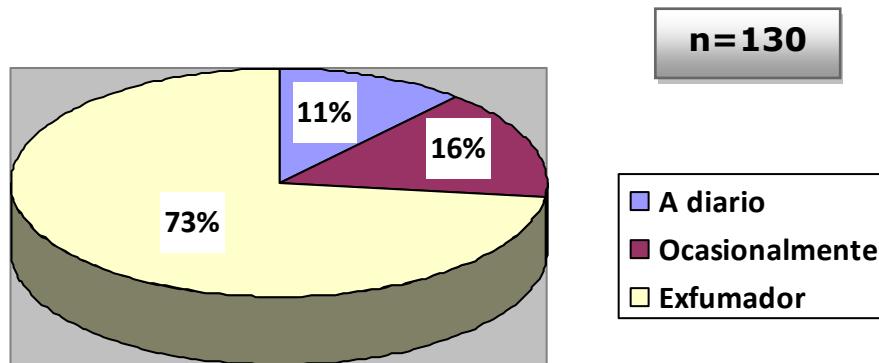


Figura 10: Estatus tabáquico actual de las madronas que han fumado alguna vez.

El número de consumo de cigarrillos diario es de media 10,21(DE=8,57), límite inferior=5,5 y límite superior=11,6. **Figura 11.**

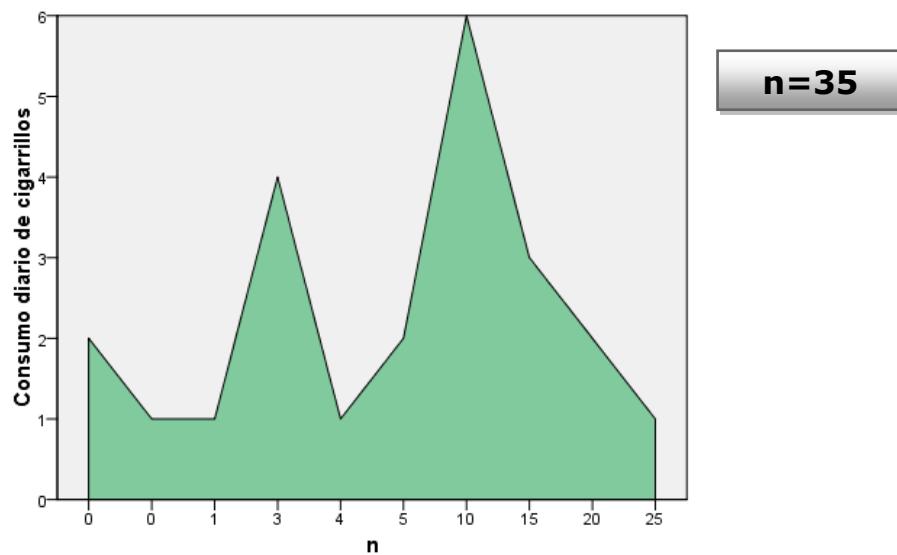


Figura 11: Consumo diario de cigarrillos.

Un 53,8%(n=14) de las matronas que continúan fumando desearían dejar de fumar mientras que un 46,2%(n=12).**Figura 12.**

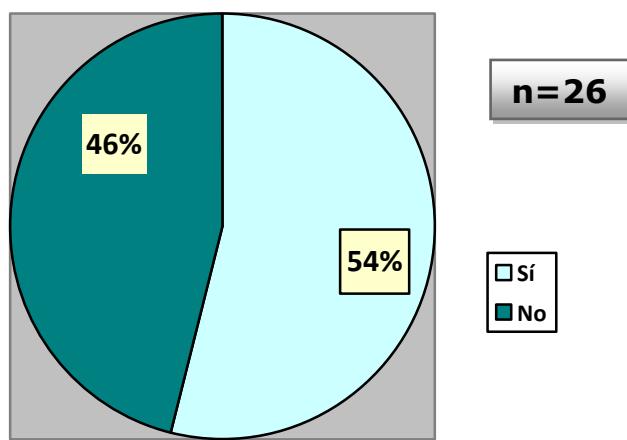


Figura 12: ¿Desearía dejar de fumar?

A la pregunta ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?, el 71,41%(n=20) contestaron afirmativamente y el 28,6%(n=8) contestaron que no lo habían intentado nunca. **Figura 13.**

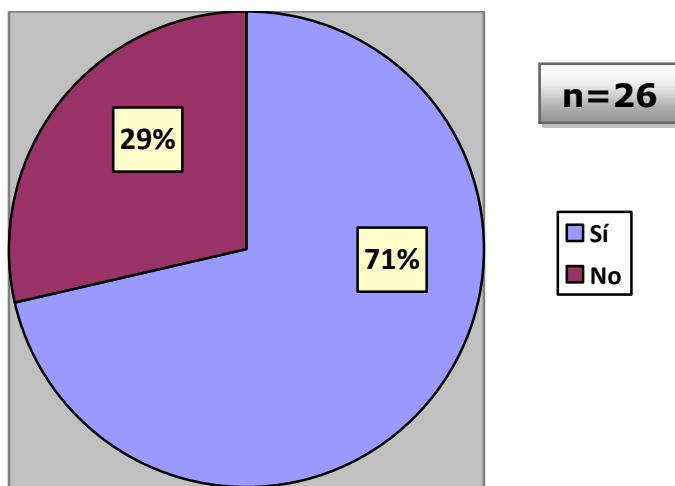


Figura 13: ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?

3. Conocimientos de las matronas sobre el tabaquismo en la gestación.

Para evaluar el nivel de conocimientos relativo al tabaquismo en la gestación se les formularon cinco preguntas a las que debían de contestar de forma afirmativa o negativa.

Un 99,6% de los encuestadas afirmaron que el tabaco afecta al crecimiento y desarrollo del feto, un 95,8% opinan que el tabaco aumenta el riesgo de parto prematuro, un 96,3% considera que es perjudicial la inhalación pasiva de humo procedente de tabaco, un 96,2% afirma que aumenta el riesgo de muerte súbita y un 94,6% considera que los hijos de madres fumadoras presentan con más frecuencia patología respiratoria.

4. Actitudes de las matronas frente al tabaquismo en la gestación.

Las matronas encuestadas creen que una media del 55,6%(DE=23,3) de las gestantes dejan de fumar durante la gestación.

Un 59,8%(n=146) opinan que tiene mucha influencia el comportamiento de la matrona como fumadora en el hecho de que sus pacientes fumen o no, un 34,4%(n=84) de las matronas opinan que tiene escasa influencia y un 5,7%(n=14) no cree que influya. **Figura 14.**

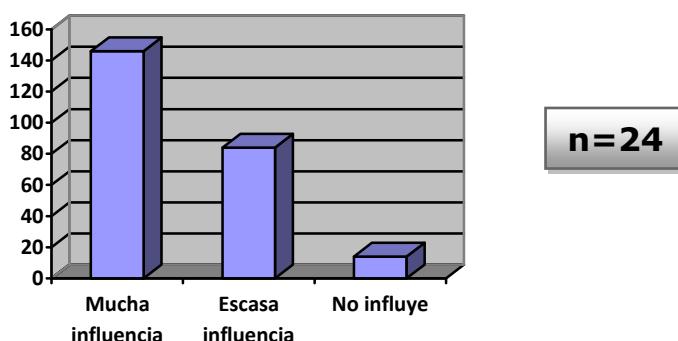


Figura 14. ¿Hasta qué punto considera que el comportamiento de la matrona, como fumadora o no fumadora, puede influir en que los pacientes fumen o no?

Un 66,9%(n=80) de las matronas cree que no dispone de suficientes habilidades para dar consejo antitabaco a las gestantes. **Figura 15.**

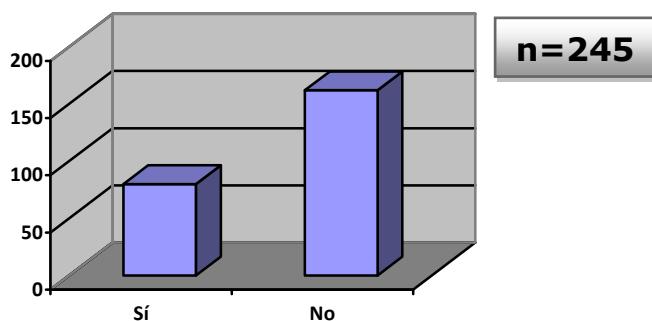


Figura 15. ¿Cree que dispone de suficientes habilidades para dar consejo antitabaco a las gestantes?

Por otra parte, a pesar de esta valoración de sus intervenciones, un 89,2%(n=215) estaría dispuesto a aumentar su formación para mejorar esta destreza. **Figura 16.**

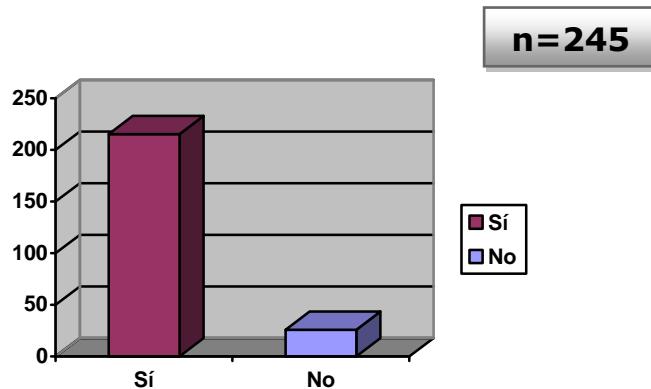


Figura 16.

¿Querría aumentar su formación para abordar el tema del tabaquismo en su práctica clínica diaria?

Además, un 57,2%(n=136) confía en la efectividad de sus intervenciones. **Figura 17.**

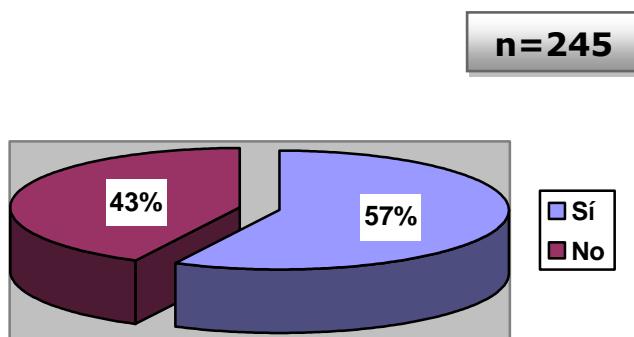


Figura 17. ¿Cree que es efectivo el consejo que da a las embarazadas para abandonar el tabaco?

Solo un 19,7%(n=47) de las matronas considera que dejar de fumar es más perjudicial para el bienestar de la gestante que mantener un consumo mínimo, frente al 78,4%(n=192) que opina lo contrario. **Figura 18.**

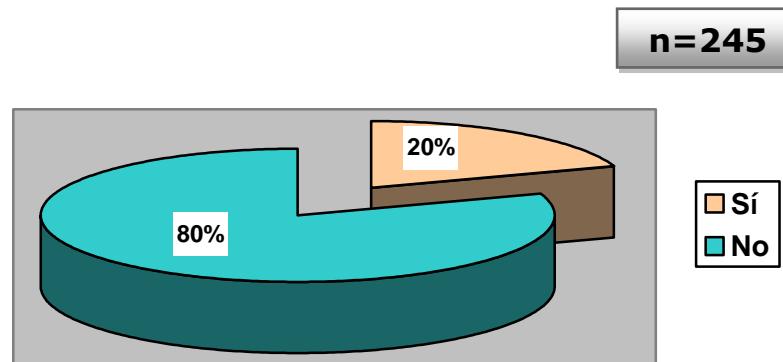


Figura 18.

¿Considera que dejar de fumar es más perjudicial para el bienestar de la gestante que mantener un consumo mínimo?

A la pregunta ¿Cree que si aconseja de forma continuada a una paciente que deje de fumar su relación paciente-profesional se puede deteriorar? La mayoría, el 75,1%(n=184) de las encuestadas opina que no es un motivo para influir negativamente en la relación profesional-paciente. **Figura 19.**

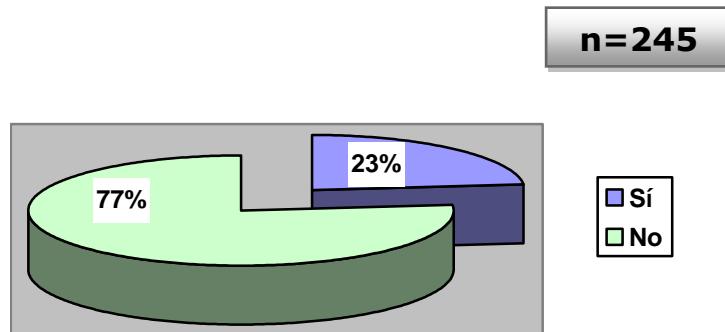


Figura 19. ¿Cree que si aconseja de forma continuada a una paciente que deje de fumar su relación paciente-profesional se puede deteriorar?

El 61,2%(n=150) de las matronas opina que las gestantes tienen una actitud abierta para dejar de fumar, mientras que el 31,8%(n=78) piensan lo contrario. **Figura 20.**

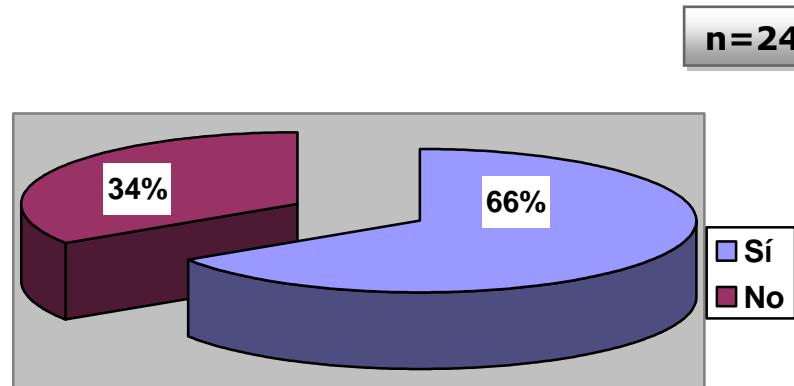


Figura 20.

¿Considera que las gestantes fumadoras muestran una actitud abierta a dejar de fumar?

5. Características de las intervenciones de las matronas ante el tabaquismo en la gestación.

De todas las matronas encuestadas un 62,4%(n=153) siempre aconseja a las pacientes que acuden a su consulta que dejen el tabaco, un 34,3%(n=84) a veces y un 2,4%(n=6) nunca. **Figura 20.**

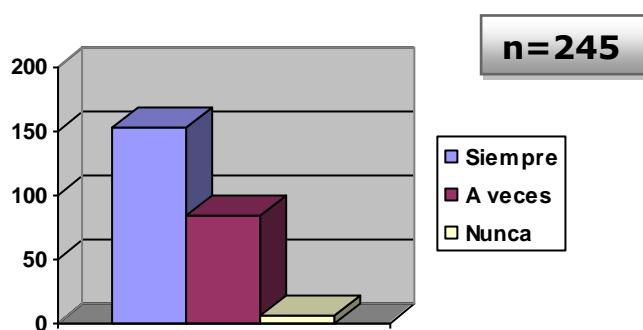


Figura 20. ¿Con qué frecuencia da las pacientes que acuden a su consulta consejos para dejar de fumar?

Cuando la paciente a la que se aborda el tema del tabaquismo es una gestante las matronas dan consejo antitabaco en las siguientes situaciones. El 64,9%(n=15) de las matronas dan consejo antitabaco a gestantes fumadoras, un 30,2%(n=74) dan este consejo tanto a gestantes fumadoras como ex fumadoras. Otra situación en la que se debe dar consejo antitabaco es en caso de mujeres que están planificando un embarazo, a un 76,7%(n=188) de estas mujeres las matronas les aconsejan dejar de fumar. **Figura 21.**

Ser fumadora y tomar anticonceptivos, aumenta el riesgo de tener problemas cardiovasculares, especialmente a partir de los 35 años, un 75,1%(n=184) de las matronas aconsejan dejar el tabaco a las pacientes que consumen esta medicación. **Figura 21.**

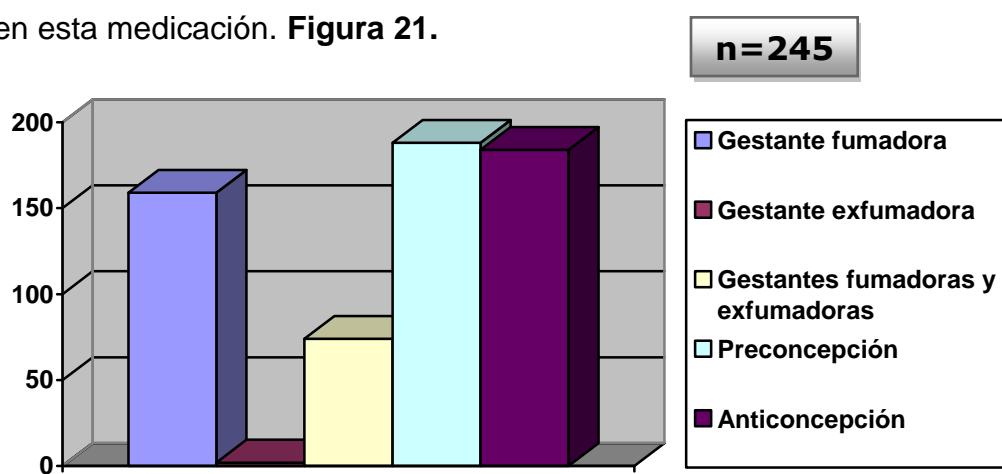


Figura 21. Situaciones en las que la matrona da consejo antitabaco.

Las clases de educación maternal son un método de educación para la salud que agrupa a muchas personas y en el caso de las gestantes en un momento de especial motivación para cambiar hábitos. Se preguntó a las entrevistadas si aprovechaban esta ocasión para abordar el tema del tabaquismo pasivo un 26,9%(n=66) de las matronas siempre lo tratan, un 33,5%(n=82) desarrollan este tema a veces, y un 23,3%(n=57) nunca. **Figura 22.**

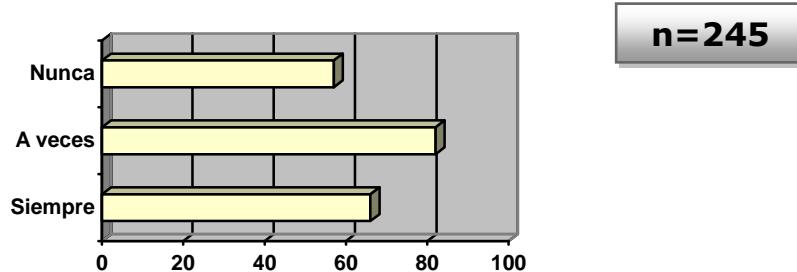


Figura 22. ¿En las sesiones de educación maternal incluye información sobre el tabaquismo pasivo?

Respecto a la existencia de consulta de deshabituación tabáquica y la derivación de las gestantes a ella, un 10,2%(n=25) de las matronas las deriva siempre, el 33,1%(n=81) a veces, un 28,2%(n=69) nunca y un 14,7%(n=36) afirma que en su área de trabajo no existen estos servicios. **Figura 23.**

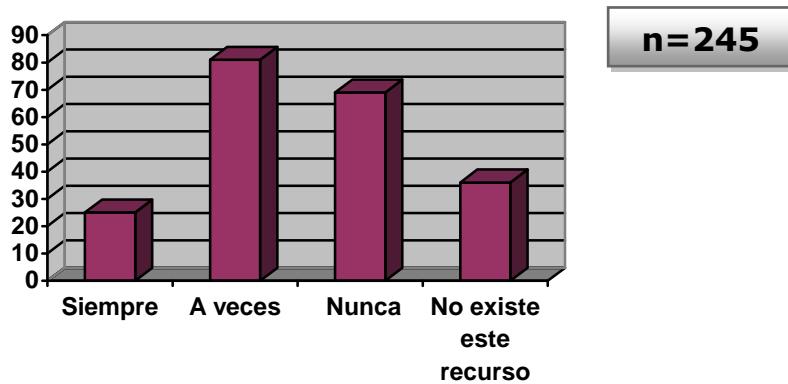


Figura 23. ¿Con qué frecuencia deriva a sus pacientes a una consulta de deshabituación tabáquica?

Una forma de concienciar a una gestante fumadora de la necesidad de cambiar el hábito es informar de los efectos nocivos de este en su salud y la de su hijo. Un 38,4%(n=94) de las matronas siempre dan esta información, un 44,9%(n=110) a veces y un 10,6%(n=26) nunca. **Figura 24.**

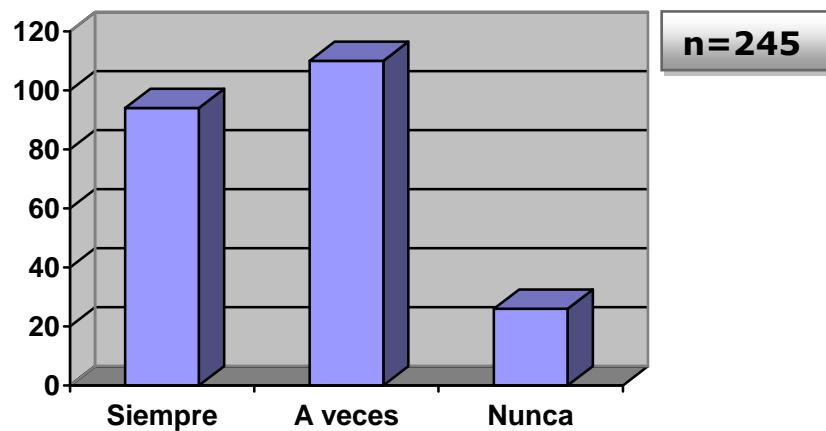


Figura 24. ¿Pregunta a las gestantes si conocen los daños que produce el tabaco?

Es importante concienciar a la población de los daños que produce el tabaquismo pasivo, especialmente a las gestantes. Un 26,5%(n=65) de las matronas siempre dan esta información, un 45,3%(n=111) a veces y un 21,6%(n=53) nunca. **Figura 25.**

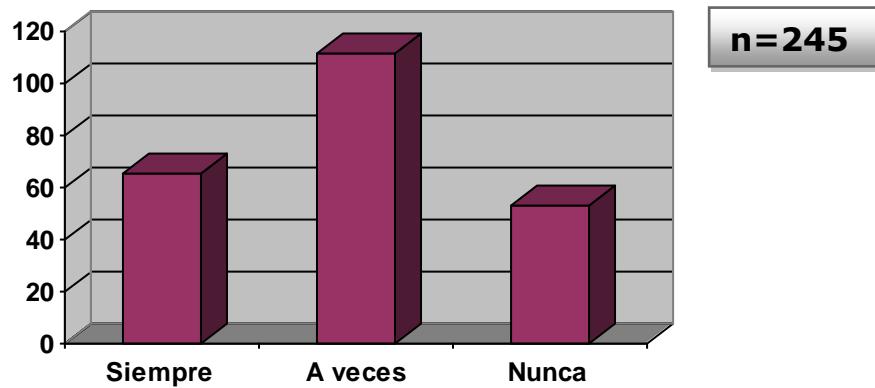


Figura 25. ¿Informa a las gestantes no fumadoras de los riesgos que entraña ser fumador pasivo?

7.2. Análisis comparativo de las diferencias existentes entre las matronas que trabajan en atención primaria y en atención hospitalaria.

1. Conocimientos sobre tabaquismo en la gestación.

Se compararon las diferencias existentes en el nivel de conocimientos aplicando el test estadístico de chi-cuadrado entre las matronas que trabajan en hospital y las que trabajan en atención primaria.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos sobre tabaquismo y el lugar de trabajo.

2. Actitudes de las matronas ante el tabaquismo en la gestación.

Respecto a las actitudes de las matronas frente al tabaquismo únicamente se encontró relación estadísticamente significativa en dos variables del total que analizan la actitud de las matronas al compararlas con el lugar de trabajo.

La variable correspondiente a la pregunta: ¿Considera que dejar de fumar es más perjudicial para el bienestar de la gestante que mantener un consumo mínimo? Tiene una relación estadísticamente significativa con el lugar de trabajo siendo $p=0.03$ con el lugar de trabajo. El 87,7%(n=86) de las matronas de atención primaria piensan que no es perjudicial dejar de fumar por completo frente al 73,8% (n=90) de las matronas de atención hospitalaria que responden negativamente a esta cuestión. **Tabla 1.**

La otra variable relacionada con las actitudes de la matrona que muestra una relación estadísticamente significativa siendo $p=0.01$ con el lugar de trabajo es la pregunta: ¿Considera que las gestantes fumadoras muestran una actitud abierta a dejar de fumar? El 79,8%(n=75) de las matronas de atención primaria responden afirmativamente a esta pregunta y el 52,6%(n=61) de las matronas que trabajan en atención primaria piensan que las gestantes fumadoras muestran una actitud abierta a dejar de fumar. **Tabla 1.**

3. Intervenciones de las matronas en gestantes fumadoras.

Existe una relación estadísticamente significativa con la frecuencia con que las matronas dan consejo antitabaco y el lugar de trabajo, siendo $p=0,01$. El 87% (n=87) de las matronas que trabajan en atención primaria dan siempre consejo antitabaco a sus pacientes y el 41,6%(n=52) de las matronas que trabajan en atención hospitalaria lo hacen siempre. **Tabla 1.**

Respecto a las situaciones que se les plantea en la encuesta en la que son las mujeres susceptibles de recibir este tipo de consejo, muestra una relación estadísticamente significativa dos situaciones. Por una parte, la relación existente entre consejo que dan las matronas a las gestantes fumadoras y ex fumadoras y el lugar de trabajo con $p=0,006$. De las matronas que trabajan en atención primaria dan el 56,4%(n=57) consejo antitabaco a gestantes fumadoras y el 43,6%(n=44) tanto a gestantes fumadoras como exfumadoras. Por otra parte, las matronas que trabajan en el hospital dan un 73,1%(n=87) consejo antitabaco a fumadoras y un 23,5%(n=28) tanto a gestantes fumadoras como exfumadoras. **Tabla 1.**

También tiene una relación estadísticamente significativa el lugar de trabajo y el consejo antitabaquico dado a mujeres que toman anticonceptivos orales, siendo $p=0.01$. El 90%(n=90) de las matronas de atención primaria da consejo antitabaco en esta situación y el 69,2%(n=81) de las matronas que trabajan en el hospital aconseja abandonar el tabaco a las mujeres que toman anticoncepción hormonal. **Tabla 1.**

No se encontraron diferencias significativas entre las matronas de atención primaria y hospital, en lo que respecta a la frecuencia con que se aconseja el abandono de tabaco a las mujeres que planifican una gestación.

No existe una relación estadísticamente significativa entre el lugar de trabajo y el desarrollo del tema del tabaquismo pasivo en las clases de educación maternal. Y tampoco existen diferencias en la frecuencia con la que las matronas abordan el tema del tabaquismo pasivo entre sus gestantes en función de donde desarrollan su labor profesional.

Un recurso disponible en muchos servicios de salud son las consultas de deshabituación al tabaco, existen diferencias estadísticamente significativas entre el lugar de trabajo de las matronas y la derivación de las gestantes fumadoras a las consultas específicas para tratar este problema siendo la

p=0,001. El 45,9%(n=45) deriva “a veces” a sus pacientes a este tipo de consulta de las matronas que trabajan en atención primaria, mientras que el 30,2%(n=29) de las matronas que desarrollan su labor en el hospital derivan “a veces” a sus pacientes a este tipo de consulta. **Tabla 1.**

Existe una relación estadísticamente significativa en la frecuencia con la que se informa a las gestantes de los daños que produce el tabaco y el lugar donde trabajan siendo la p=0,01. El 53,5% (n=53) de las matronas que desarrollan su labor asistencial en atención primaria dan “siempre” este consejo y un 31,3%(n=31) dan esta información “a veces”. Respecto a las matronas de atención especializada, un 30,4%(n=34) informan sobre los daños del tabaco “siempre” y el 62,5%(n=70) dan esta información “a veces”. **Tabla 1.**

	VARIABLE	SIGNIFICACION ESTADISTICA(p)
ACTITUDES	Mayor perjuicio cese completo consumo tabaco frente consumo mínimo	0,03*
	Percepción de actitud abierta de las gestantes a dejar de fumar	0,01*
INTERVENCIONES	Frecuencia de consejo antitabáquico	0,01*
	Consejo a gestantes fumadoras y/o exfumadoras	0,006*
	Derivación a consulta antitabaco	0,005*
	¿Con qué frecuencia pregunta a las gestantes sobre los daños que produce el tabaco?	0,01*

* Relación estadísticamente significativa.

Tabla 1. Análisis comparativo de las actitudes e intervenciones de las matronas en tabaquismo en la gestación en función del lugar de trabajo.

7.3. Análisis comparativo de las diferencias encontradas en función de los años trabajados como matrona

1. En el área de conocimientos.

Existe una relación estadísticamente significativa entre los conocimientos de las matronas sobre el aumento del riesgo de muerte súbita en hijos de madres fumadoras y su experiencia laboral siendo $p=0,001$. El grupo de las matronas que una experiencia laboral superior a 30 años es el que responde afirmativamente a esta cuestión con una menor frecuencia 83% ($n=30$), frente a los otros tres grupos con menos experiencia cuya media de respuesta afirmativa es de 98,3% ($n=197$). **Tabla 2.**

Otro ítem sobre conocimientos, “Los hijos de madres fumadoras padecen más riesgo de tener patología respiratoria” está relacionado estadísticamente con la experiencia como matrona con una $p=0,038$. Nuevamente, en este ítem las matronas con mayor experiencia laboral responden afirmativamente en menor porcentaje 83% ($n=30$) frente al resto de las matronas con menos experiencia que responden afirmativamente el 96,8% ($n=197$) de la muestra. **Tabla 2.**

2. Actitudes de las matronas.

Las variables que recogen aspectos de la actitud de las matronas son las que más relaciones estadísticamente significativas muestran.

La opinión de las matronas sobre la disposición de suficientes habilidades y/o recursos para ayudar a una mujer a dejar de fumar muestra una relación estadísticamente significativa con la experiencia laboral siendo $p=0,001$. Las matronas con menor experiencia laboral son las que confían menos en sus habilidades 21,6% ($n=116$).

Por otra parte, la predisposición a mejorar esta destreza también se relaciona significativamente con la experiencia laboral con una $p=0,038$. Esta actitud es más frecuente entre las matronas con una experiencia laboral inferior a 10 años siendo la frecuencia de 94,8% ($n=116$) en el resto de los grupos esta frecuencia es inferior, las matronas con una experiencia laboral entre 20 y 30 años muestran la frecuencia más baja 80,5% ($n=41$). **Tabla 2.**

Existe significación estadística entre el temor a un deterioro en la relación profesional-paciente al realizar una intervención antitabaco y el tiempo trabajado como matrona con una $p=0,005$. Los dos grupos con menor experiencia laboral opinan de esta forma con mayor frecuencia, las matronas con menos de 10 años trabajados un 27,6%(n=116) y las que han trabajado entre 10 y 20 años un 32,7%(40). Mientras que las que han trabajado más temen que se deteriore la relación profesional paciente un 7,5%(n=40) las matronas que han trabajado entre 20 y 30 años y un 9,7%(n=31) las que han trabajado más de 30 años.**Tabla 2.**

3. Intervenciones en el tabaquismo durante la gestación.

Por otra parte, la frecuencia con la que se pregunta a las gestante si conoce los daños que produce el tabaco se relaciona estadísticamente con el tiempo trabajado como matrona con una $p=0,007$. Las matronas que han trabajado más de 30 años son las que con mayor frecuencia dan este consejo 61,3%(n=31), las matronas que han trabajado menos de 10 años son las que dan esta información con menos frecuencia, 29,7%(n=111)

Con una $p=0,015$ la relación existente entre la frecuencia con la que se informa a las gestantes sobre los daños del tabaquismo pasivo y la experiencia laboral tienen una asociación positiva. Las matronas que han trabajado más de 30 años son las que con mayor frecuencia dan este consejo 33,3%(n=30), las matronas que han trabajado menos de 10 años son las que dan esta información con menos frecuencia, 19,8%(n=111).**Tabla 2.**

En lo que respecta al área de intervenciones únicamente una variable se relaciona significativamente ($p=0,001$) con la experiencia laboral, se trata de la frecuencia con la que las matronas incluyen las matronas información sobre el tabaquismo pasivo en sus clases de educación maternal. Este tema en las clases de educación maternal con más frecuencia por las matronas que han trabajado entre 20 y 30 años(n=33) y las que tienen una experiencia de entre más de 30 años(n=27) presentando una frecuencia igual, 51,7%. Los grupos con menos experiencia laboral, siendo inferior a medida que disminuye la experiencia laboral. En las matronas que han trabajado menos de 10 años la frecuencia es de 21,4%(n=103) y en las que han trabajado entre 10 y 20 años el porcentaje asciende a 31,6%(n=38). **Tabla 2.**

	VARIABLE	SIGNIFICACION ESTADISTICA (p)
CONOCIMIENTOS	Los hijos de madres fumadoras tienen más riesgo de muerte súbita	0,001*
	Los hijos de madres fumadoras padecen de más patología respiratoria	0,038*
ACTITUDES	Dar consejo antitabaco puede deteriorar la relación profesional paciente	0,006*
INTERVENCIONES	¿Con qué frecuencia pregunta a las gestantes sobre los daños que produce el tabaco?	0,007*
	¿Con qué frecuencia informa sobre los riesgos del tabaquismo pasivo?	0,015*
	¿Con qué frecuencia aborda el tema del tabaquismo pasivo en sus clases de educación maternal?	0,001*

* Relación estadísticamente significativa.

Tabla 2. Análisis comparativo de los conocimientos, actitudes e intervenciones de las matronas en función de la experiencia profesional.

7.4. Análisis comparativo de la influencia de las actitudes de las matronas ante el tabaquismo en la gestación en función de su hábito tabáquico.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área de conocimientos.

Entre las actitudes de las matronas únicamente tiene una relación estadísticamente significativa ($p=0,008$) en la percepción de las matronas de la influencia del comportamiento del profesional sanitario como fumador, en el consumo de tabaco por parte de sus pacientes. La mitad de las matronas fumadoras 48,4%(n=35) consideran que este comportamiento tiene escasa influencia en sus pacientes, mientras que aquellas el 64%(n=89) de las matronas exfumadoras opinan que tiene mucha influencia. **Tabla 3.**

La frecuencia con la que se informa a las gestantes sobre los riesgos de ser fumador pasivo tiene significación estadística ($p=0,008$) con el hábito tabáquico de la matrona. El 43,3%(n=30) de las matronas que fuman nunca dan esta información a las gestantes y el 55,4%(n=83) de las matronas exfumadoras a veces dan esta información a las embarazadas.

CLASIFICACION	VARIABLE	SIGNIFICACION ESTADISTICA (p)
ACTITUDES	Influencia del comportamiento de la matrona, como fumadora o no fumadora, en el hábito tabáquico de sus pacientes	0,008*
INTERVENCIONES	¿Con qué frecuencia informa sobre los riesgos del tabaquismo pasivo?	0,001*

* Relación estadísticamente significativa.

Tabla 3. Análisis comparativo de las diferencias existentes en las actitudes e intervenciones en tabaquismo en la gestación en función del hábito tabáquico de la matrona.

8. DISCUSIÓN.

El objetivo principal del estudio fue obtener datos que nos proporcionen una perspectiva general de aquellas variables que influyen en el modo en que una matrona se posiciona frente al tabaquismo, especialmente en la gestación, y cómo esta actitud influye en su actuación.

El tabaquismo en la gestación continúa teniendo una elevada prevalencia en España se sitúa en torno al 15%^{2,3}. Existe un amplio abanico de opciones para ayudar a las gestantes a cambiar este hábito y desde diferentes ámbitos se promueven campañas para cambiarlo.

A pesar de los esfuerzos las cifras no cambian, por lo que como profesionales sanitarios nos planteamos aumentar la calidad de la atención que se proporciona a las gestantes fumadoras. Para mejorarla es importante tener un conocimiento previo de qué tipo de información y asistencia se les proporciona. En el caso de las gestantes, la matrona es el profesional que más tiempo pasa con ella y generalmente el que se dispone de más tiempo para entablar una relación cercana. Por este motivo, se decidió centrar la investigación en este colectivo.

Nuestro grupo de estudio es mayoritariamente femenino, de los 255 cuestionarios únicamente 16 fueron contestados por hombres. Consultando los datos que dispone el Instituto Nacional de Estadística (INE) vemos que nuestra muestra sigue la misma proporción con el conjunto de las matronas colegiadas en España en activo, en España un 5,19% de las matronas son hombres y en nuestra muestra un 6,5%³³.

Esta desproporción en la variable sexo se debe a que tradicionalmente este oficio ha sido ocupado por mujeres durante toda la historia, puesto que el cuidado de las personas es una labor que históricamente se le ha asignado al sexo femenino.

La edad media de nuestra muestra es de 42,34 años, separando el grupo por tramos de edad, el que mayor número de matronas agrupa es el que abarca desde los 30 a los 40 años. Revisando la bibliografía hemos encontrado similitudes con nuestro estudio en el artículo de Condliffe et al. en el que describe las actitudes de las matronas y sus intervenciones en tabaquismo en un área de salud del hospital Londinense St. George. En el citado estudio, el

grupo que incluye mayor número de matronas también es el que abarca desde los 30 a los 39 años, así mismo, el autor afirma que la muestra del estudio es representativa de Gran Bretaña puesto que son cifras similares a otros estudios desarrollados en el país²⁸.

En la bibliografía procedente de España en la que se analizan variables sociodemográficas referentes a las matronas, encontramos una similitud en la edad media siendo de 44,6 años en el estudio desarrollado por Corchs et al. en un hospital público de Barcelona³⁴.

Comparando nuestro resultado con el obtenido en el estudio sobre incapacidad laboral en matronas de la región de Murcia realizado por Rogriguez-Portilla et al. No coincide la edad media siendo en este caso de 38,80 años, aunque sí que es cierto que se encuentra situado en el tramo de edad comprendido entre los 30 y 40 años donde se agrupa el mayor número de matronas³⁵.

Los datos que facilita el INE sobre las matronas colegiadas en España no incluyen la variable edad, por lo que no existe un registro oficial con el que comparar estos datos.

Respecto a la distribución de las matronas entre el medio hospitalario y atención primaria, es ligeramente superior el número de matronas que trabajan en atención hospitalaria. Las plantillas de las matronas que trabajan en hospital deben cubrir las 24 horas los 365 días del año, mientras que en atención primaria la asistencia generalmente es de lunes a viernes en horario de mañanas o tardes. Por lo tanto es lógico que sea más elevado el número de matronas que trabajan en el medio hospitalario puesto que se trata de plantillas más numerosas.

La mitad de la muestra afirma haber fumado alguna vez en su vida, un porcentaje muy elevado, aunque el estatus actual de fumadora únicamente lo mantienen a diario un 11,5% de las encuestadas. La prevalencia de consumo de tabaco a diario es considerablemente inferior a la media nacional que se sitúa en un 24% según la encuesta nacional de salud publicada por el INE correspondiente al año 2011-2012³.

Comparando nuestros datos con los recogidos por Fernandez et al.³⁶ en la comunidad de Madrid analizó la prevalencia de tabaquismo entre médicas y enfermeras, siendo un 43% porcentaje muy superior a la media nacional

respecto a nuestros resultados. Por otra parte, en Cataluña un estudio de sobre prevalencia de tabaquismo en dentistas el 24,9% de los hombres y el 18,4% de las mujeres fuman³⁷.

Puesto que existe una gran disparidad en la bibliografía consultada, debe emplearse con cautela los datos que hemos recogido en cuanto a prevalencia de tabaquismo puesto que aunque el tamaño de la muestra es grande, representa un 3,21% de las matronas que trabajan en España y el porcentaje de matronas que encuestadas que fuman actualmente es un 15%³³.

Revisando nuestros resultados y los disponibles en la literatura, comprobamos que, la edad media(17,19 años) de inicio del consumo de tabaco es similar a la población general ³⁹. También hay que destacar que aquellas matronas que continúan fumando, iniciaron el consumo a una edad más temprana que la media, en concreto un año antes. Esto puede significar que al llevar más tiempo fumando sean más dependientes a la nicotina y por tanto, les resulte más complicado abandonar el tabaco para ellas.

Un dato llamativo es que a pesar de que la mitad de la muestra había fumado alguna vez en su vida, únicamente un 19% de ellas fumó durante la gestación. Lo que significa que durante el embarazo siguieron un comportamiento similar al de la población general. La prevalencia de tabaquismo en la gestación es similar a la media en la población general, a pesar de disponer de un nivel de conocimientos superior en este tema³.

Un aspecto positivo a destacar es que dos tercios de este grupo actualmente no fuma, el 63,2% de las matronas que afirman haber sido fumadoras, actualmente son exfumadoras. En este aspecto, sí que es posible que influya una mayor sensibilización en el tema al ser profesionales sanitarios, lo que favorece una mayor concienciación del problema y como consecuencia del deber de cambiar este hábito.

Por otra parte, de aquellas matronas que continúan fumando (n=35) la mitad desearían dejar de fumar (53,8%) y tres cuartas partes (71,4%) han intentado dejar de fumar alguna vez. Estos indican una predisposición a dejar de fumar en la mitad de las matronas, lo que sugiere que son conscientes de los efectos negativos del tabaco en su salud.

Según la Encuesta Nacional de Salud correspondiente al año 2011-2012, un 35,08% de la población desea dejar de fumar en los próximos seis meses y el 30,02% de la población ha intentado dejar de fumar al menos una vez durante los últimos doce meses³.

Estas cifras muestran que el colectivo de las matronas fumadoras, al recibir más información sobre el tabaquismo está más sensibilizado y por lo tanto³.

El nivel de conocimientos de las matronas respecto a tabaquismo es elevado, respondiendo correctamente a las preguntas teóricas realizadas alrededor de un 95,72% de las encuestadas. Es una frecuencia superior a la encontrada en otros estudios, como por ejemplo el llevado a cabo en Londres por Condlifflle et al. al que afirmativamente a la cuestión “¿Fumar en la gestación daña la salud del feto?” un 90% de las matronas encuestadas¹².

Por lo tanto, se puede afirmar que las matronas disponen de la información necesaria para poder dar consejo antitabaco a gestantes fumadoras y también suficientes argumentos para motivar a sus pacientes.

El análisis comparativo únicamente relacionó el tiempo trabajado como matrona con los conocimientos sobre el riesgo aumentado de muerte súbita ($p=0,001$) y patología respiratoria en hijos de madres fumadoras ($p=0,038$). La frecuencia más elevada en ambas variables fue en el grupo de matronas con menor experiencia, se trata del grupo que tienen su formación académica más reciente y por lo tanto tienen los conocimientos actualizados en tabaquismo pasivo.

Hasta hace pocos años, la mayoría de los estudios y políticas de salud pública se centraban en combatir el tabaquismo activo y se daba poca importancia a los efectos nocivos de la inhalación pasiva de tabaco en las personas que no fuman. Es posible, que este sea uno de los motivos por los que las matronas con mayor experiencia laboral hayan recibido menos información en esta materia.

Por el contrario, Beenstock et al. diseñó dos modelos de regresión lineal en los que analizaba la predisposición a actuar de las matronas en deshabituación tabáquica. En ambos, una de las variables independientes era el tiempo trabajado como matrona, y en ninguna de ellas muestra una relación estadísticamente significativa²⁸.

Conocer la influencia de su hábito tabáquico en las actitudes de las matronas frente al tabaquismo fue otro objetivo del estudio. La variable que muestra una relación estadísticamente significativa es la opinión de las matronas sobre la influencia de su hábito tabáquico en el consumo de tabaco de sus pacientes en función del hábito tabáquico $p=0,008$.

La mayoría de las matronas que fuman piensan que tiene “escasa influencia” (48,6%) y la mayoría de las matronas exfumadoras consideran que “tiene mucha influencia” (63,3%).

Esta percepción va a condicionar los esfuerzos que destinen estos profesionales a ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, y por lo tanto, será otro factor más que influya negativamente. Esta es una de las barreras que dificultan la implicación de los profesionales sanitarios en el control del tabaquismo según la OMS²⁷.

El consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios, es considerado por la OMS como una dificultad para que estos sean más activos en este campo. A pesar de esta afirmación por parte de esta organización, Beenstock et al. no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre la predisposición de las matronas ante este tema y su hábito tabáquico²⁶. En nuestro estudio únicamente se ha relacionado el hábito tabáquico de la matrona con una de las ocho variables que analizan las actitudes de las matronas.

La valoración que dan las matronas respecto a su papel como consejeras antitabaco es negativa. Un 57,2% no confía en la efectividad de sus intervenciones y un 66,9% cree que no dispone de suficientes habilidades para dar consejo antitabaco a las gestantes. Se trata de datos que reflejan una visión pesimista, lo que indica que necesitan recibir información sobre la efectividad que tiene realizar una breve intervención antitabacal. Disponen de suficientes conocimientos y experiencia en promoción de la salud, pero no son conscientes de su potencial en esta área. Condliffe et al. considera que la percepción de estas intervenciones como poco exitosas conducen a una desilusión del personal y como consecuencia a intervenir con menos frecuencia en estas situaciones²⁸.

Por el contrario, esta actitud negativa no significa que no exista voluntad de mejora en esta área. Un 89,2% de las encuestadas desea mejorar sus destrezas mediante formación, por lo tanto están motivadas para desempeñar este rol, pero necesitan herramientas para poder hacerlo correctamente.

Beenstock et al. afirma que la predisposición de las matronas es buena, pero son menos positivas sobre las consecuencias de sus acciones en relación con la deshabituación tabáquica y sus habilidades. Conclusión que concuerda con los resultados de nuestro estudio claramente²⁶.

Sin duda, este es uno de los motivos responsables de que estos profesionales no desarrollen su potencial en este campo por completo. Esta conclusión es una de las barreras que dificultan la implicación de los profesionales en el control del tabaquismo, la falta de habilidades y destrezas.

Otra diferencia encontrada en las actitudes de las matronas ha sido la existente entre las matronas que trabajan en atención primaria y en atención hospitalaria. Es más elevado el porcentaje de matronas de atención hospitalaria (26,2%) que continúan pensando que es más perjudicial para la gestante dejar de fumar que mantener un consumo mínimo frente a las matronas de atención primaria (11,9%).

Esta relación es estadísticamente positiva ($p=0,03$), este razonamiento es compartido por una minoría de las matronas. Generalmente, se asocia a la creencia errónea de que un consumo mínimo de tabaco disminuirá la ansiedad de la embarazada y al ser tan mínimo no afectará al feto.

Según Hajek, las matronas son reacias a dar consejo antitabaco a las gestantes fumadoras por temor a dañar su relación profesional paciente, considerándolo un motivo importante para que las matronas no se colaboren con las gestantes fumadoras en el abandono del tabaco²⁹.

En nuestro estudio el el 23% de las matronas opinan de este modo. Si analizamos esta variable en función de la experiencia como matrona, el 30% de los profesionales que han trabajado menos de 20 años piensan que puede surgir este distanciamiento, frente a aquellas que han trabajado más de 20 años de las cuales un 8,6% piensan de este modo. Existe una relación estadística de esta variable en función del trabajo que indica que a mayor experiencia laboral, la matronas se muestran más seguras en sus labores como consejeras de salud ($p=0,006$).

Condliffe et al. afirma que sólo un 8% de las matronas que trabajan en el hospital opina que aconsejar continuamente a sus pacientes sobre el abandono de tabaquismo puede dañar su relación.

En general, es una minoría de las matronas las que opina esto, por lo tanto, a pesar de que autores como Hajek afirma que este es uno de los motivos por los que las matronas no dan consejo a las gestantes con más frecuencia²⁹. Esta teoría también va en consonancia con el estudio de Abrahamsson et al³¹, este autor define diferentes perfiles en el abordamiento del consejo antitabaco a las gestantes y afirman que las tensiones que pueden surgir en estas situaciones son una de los motivos que se encuentran tras las dificultades en la implantación programas en tabaquismo.

Los datos analizados muestran que es un pequeño grupo de matronas que piensa que su relación profesional-paciente puede dañarse si dan consejo antitabaco a sus gestantes. En nuestro estudio piensan de esta manera una cuarta parte de la muestra. Por lo tanto, puede ser un motivo más que influya negativamente en el desarrollo de intervenciones como afirman otros autores.

La percepción por parte de las matronas de una actitud abierta en las gestantes a dejar de fumar muestra una relación estadísticamente significativa ($p=0,01$) en función del lugar de trabajo. Las matronas de atención primaria confían más en la capacidad de sus pacientes (79,8%) frente a las matronas hospitalarias (52,6%). La duración de la relación de las gestantes con su matrona de atención primaria es más prolongada en el tiempo. Puesto que se trata de un cambio conductual, la matrona de atención primaria dispone de ese tiempo para poder apreciar esa mejora y comprobar que esa disposición de sus pacientes se transforma en el cese del hábito tabáquico.

Aunque la predisposición a actuar en general es buena, la mayoría de las matronas da consejo antitabaco siempre (63%). Analizando esta variable en función del lugar de trabajo, existe una relación estadísticamente significativa la cual, indica que trabajar en atención primaria influye positivamente en la frecuencia de consejo antitabaco (87%) frente al 41,6% de las matronas que trabajan en atención hospitalaria.

Al analizar con detalle en qué situaciones da esta información, las frecuencias disminuyen aunque continúan siendo elevadas, especialmente en el caso de las mujeres que planifican la gestación. En esta situación,

nuevamente influye el lugar de trabajo, estas dos variables se relacionan significativamente. Las matronas que trabajan en atención primaria aconsejan en estas situaciones con mayor frecuencia (73,1%) que las que trabajan en el hospital (56,4%).

Condliffe et al. concluyó en su estudio desarrollado en una maternidad que el número de intervenciones en deshabituación tabáquica por parte del personal del centro es bajo. A pesar de existir una elevada predisposición por parte de los entrevistados a desarrollar esta labor, el personal daba consejo antitabaco a gestantes fumadoras de media a cuatro pacientes por semana. La falta de tiempo y la corta estancia de las pacientes en el hospital son dos de los motivos que el autor considera como la causa del bajo nivel de actividad en deshabituación tabáquica²⁸.

Generalmente, cuando una gestante acude a la consulta de la matrona se realiza una anamnesis en la que se incluye como rutina preguntar por los hábitos tóxicos que se incluyen en la historia clínica y en la cartilla del embarazo. Por lo tanto, al estar incluido de forma sistemática es lógico que sea la situación más frecuente. En el momento que se pregunta y la respuesta es afirmativa automáticamente la matrona va a insistir en la necesidad de cambiar este hábito.

Una vez que se dispone la ocasión de actuar con gestantes fumadoras nuevamente las matronas de atención primaria dan consejos más específicos incluyendo información sobre los daños que produce el tabaco, siendo esta relación significativa $p=0,001$. El 53,5% de las matronas de atención primaria siempre dan esta información frente al 30,4% de las matronas que trabajan en el hospital.

Esta variable también se relaciona significativamente ($p=0,007$) con la experiencia laboral como matrona, aumentando su frecuencia gradualmente a medida que aumentan los años trabajados. El 61,3% de las matronas con una experiencia mayor a 30 años dan esta información frente al 29,7% de las matronas con una experiencia profesional inferior a 10 años.

Otra variable que se relaciona significativamente ($p=0,005$) con el lugar de trabajo, va a ser la derivación de pacientes a una consulta antitabaquica, siendo de nuevo las matronas de atención primaria las que lo realizan con más frecuencia, un 45,9% las derivan a veces.

El empleo de este recurso con poca frecuencia y de forma discontinúa es debido a que existen pocas consultas. También es debido, a que un porcentaje bajo de las gestantes realmente llegará a emplearlo, por lo que será más cómodo para la usuaria que se le dé este tipo de asesoramiento aprovechando las visitas de control prenatal. Condliffe et al. afirma que un estudio desarrollado en Inglaterra reveló que menos del 5% de los fumadoras son reclutados en programas de deshabituación tabáquica²⁸.

Se puede afirmar, que el lugar de trabajo va a influir en las intervenciones que realizan las matronas en atención primaria. Estos datos que van en consonancia con el estudio desarrollado por matronas del noreste de Inglaterra por Beenstock et al.¹⁰ que afirman la existencia de una asociación significativa indirecta entre el lugar de trabajo y el comportamiento de la matrona siendo $p<0,001$.

El tabaquismo pasivo se relaciona significativamente con los años trabajados como matrona y le hábito tabáquico. A medida que aumenta la experiencia las matronas dan con más frecuencia información a las gestantes tanto a nivel individual ($p=0,015$) como grupal ($p=0,01$) sobre los daños del tabaquismo pasivo. Resulta paradójico, puesto que el nivel de conocimientos en este tema es mayor en las matronas con menor experiencia laboral.

El tabaquismo pasivo también es una variable que se relaciona estadísticamente con el hábito tabáquico de las gestantes ($p=0,001$). De tal manera, que las matronas exfumadoras informan a las gestantes no fumadoras con mayor frecuencia sobre los daños del tabaquismo pasivo.

Limitaciones del estudio

Puesto que el objetivo era conocer la prevalencia de tabaquismo, las actitudes, conocimientos e intervenciones de las matronas ante el tabaquismo en la gestación, era necesario encontrar mecanismos que nos pusieran en contacto con las principales organizaciones que agrupen a estos profesionales.

El universo muestral de la población según datos recogidos por el INE a 31 de Diciembre de 2012 asciende a 7930 enfermeros especialistas en obstetricia y ginecología en activo. Sin embargo, el número de cuestionarios recibidos representa un 3,21% de esta población. Es necesario aclarar que, todos las matronas deben estar colegiadas obligatoriamente, pero eso no implica que las sedes colegiales dispongan de bases de datos actualizadas en la que estén registrados cuales de sus enfermeros son especialistas, lo cual disminuyó a unos 1500 el número real de cuestionarios enviados a los colegios de enfermería.

En las asociaciones de matronas en número de correos electrónicos registrados y de asociadas está más correlacionado, siendo el número de matronas asociadas 2370 y el número de cuestionarios enviados 2085, aunque el número de matronas que conforman estas asociaciones representa una cuarta parte del número real de matronas existentes.

Por lo tanto, a pesar de los esfuerzos que realizados para poder dar la máxima difusión posible únicamente ha sido posible obtener una pequeña muestra de todo este colectivo.

Un 90% de los cuestionarios se enviaron a través del correo electrónico, lo que es otra barrera a la hora de recibir encuestas, el encuestado debe disponer de correo electrónico y saber desenvolverse con las nuevas tecnologías lo que puede suponer una dificultad para las personas que no dispongan de destrezas en el empleo de esta tecnología, especialmente en personas de mediana edad.

Otra dificultad que se encontró fue que en ocasiones no se enviaba el cuestionario por que el sistema operativo no permitía a los destinatarios abrir el documento, incidencia que se subsanó lo antes posible diseñando otro formulario compatible.

De los 255 cuestionarios que se recibieron, 180 se obtuvieron vía email. A pesar de que es la proporción es baja, este medio es el más rápido y

económico teniendo en cuenta que los destinatarios estaban dispersos por toda la geografía española y realizarlo de forma presencial habría supuesto una empleo importante de recursos y tiempo del cual no se disponía.

Otro medio que se empleó fue el impreso en papel del cual se obtuvieron 75 cuestionarios de 250 que se repartieron en el congreso nacional de matronas que se celebró en Junio. En este caso, el índice de respuesta fue más elevado, aunque si solo se hubiera dispuesto de esta muestra se habría reducido un tercio el número de formularios recogidos.

El número de cuestionarios recogidos es elevado, aunque teniendo en cuenta el universo muestral conforma una pequeña parte tal vez insuficiente para extraer nuestras conclusiones.

Líneas de investigación.

Los resultados que aporta este estudio demuestran que la matrona es uno de los profesionales más idóneos para ayudar a las gestantes a abandonar el hábito tabáquico.

Existen pocos estudios en nuestro país que estudien este aspecto de la atención sanitaria en las gestantes, por lo que con este estudio se abre una línea de investigación que puede ayudar a desarrollar esta labor en las matronas.

Puesto que este estudio demuestra con claridad que las matronas de atención primaria se muestran más activas y sus funciones se adaptan más a actividades relacionadas con la promoción de la salud, es necesario ayudar a estos profesionales a desarrollar su potencial y de esta manera reducir la prevalencia de gestantes que fuman en la comunidad.

9. Conclusiones.

- La prevalencia de tabaquismo entre las matronas es inferior a la media nacional y a la de otros colectivos sanitarios.
- El nivel de conocimientos de las matronas sobre tabaquismo en la gestación es adecuado.
- La falta de confianza en la efectividad de sus intervenciones y el temor a que afecte a su relación con la paciente es un motivo por el que las matronas no den consejo antitabaquico con más frecuencia a pesar de existir una buena predisposición a actuar.
- Las matronas de atención primaria desarrollan una actuación más activa en la deshabituación tabáquica y por las características de su puesto son el personal idóneo para desarrollar esta labor.
- El hábito tabáquico de la matrona influye poco en el consumo de tabaco de sus pacientes.

10. Bibliografía.

1. DiClemente C, Dolan-Muller P, Windsor R. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco control*. 2000;9(3):16-21.
2. Who.int[Internet]. Switzerland: World Health Organization. [Consultado el 20 de Junio de 2013] Disponible en: <http://www.who.int/en/>.
3. Encuesta Nacional de Salud periodo 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo;2013. Nota de prensa: Defunciones según causa de muerte 2011. [consultado 20 junio de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>.
4. Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gac Sanitaria*. 2013;27(1):26-31.
5. Jiménez A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit*. 2012; 26(2):138–144.
6. Reeves S, Bernstein I. Effects of maternal tobacco-smoke exposure on fetal growth and neonatal size. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2008; 3(6):719-730.
7. Amezcua C, Espigares E, Mozas J, Bueno A, Jiménez JJ, Lardelli P. Modificación del consumo de tabaco durante el embarazo: incidencia y factores asociados. *Clin Invest Gin Obst*. 2008;35 (6):194-201.
8. Samper MP, Jiménez-Muro A, Nerín I, Ventura P, Rodríguez G. Maternal active smoking and newborn body composition. *Early Human Development*. 2012; 88:141-145.
9. Hayashi K, Matsuda Y, Kawamichi Y, Shiozaki A, Saito S. Smoking during pregnancy increases risks of various obstetric complications: A case-cohort study of the Japan perinatal registry network database. *J Epidemiol*. 2011;21(1):61-66.

10. Machado JB, Filho P, Petersen GO, Chatkin JM. Quantitative effects of tobacco smoking exposure on the maternal-fetal circulation. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011; 11:24.
11. Hure A, Powers J, Mishra G, Helbert D, Byles J, Loxton D. Miscarriage, preterm delivery and stillbirth: large variations in rates within a cohort of Australian women. *Plos One*. 2012; 7(5):e37109.
12. Burguet, Kamisnski M, Lerat L, Schaal J, Cambonie G, Fresson J, et al. The complex relationship between smoking in pregnancy and very preterm delivery. Results of the Epipage study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004;111:258-265.
13. Mackay DF, Nelson SM, Haw SJ, Pell JP. Impact of Scotland's-free legislation on pregnancy complications: retrospective cohort study. *Plos Med*; 9(3): e1001175.
14. Cliver SP, Goldenberg MD, Cutter GR, Hoffman HJ, Davis RO, Nelson KG. The effect of cigarette smoking on neonatal anthropometric measurements. *Obstet Gynecol*. 1995;85:625-630.
15. Lindsay CA, Thomas AL, Catalano PM. The effect of smoking tobacco on neonatal body composition. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:1124-8.
16. Bernstein IM, Plociennik K, Stahle S, Badger GJ, Secker-Walker R. Impact of maternal cigarette smoking on fetal growth and body composition. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:883-836.
17. Luciano A, Bolognani M, Biodani P, Ghizzi C, Zoppi G, Signori E. The influence of maternal passive and light active smoking on intrauterine growth and body composition of the newborn. *Eur J Clin Nutr*. 1998;52:760-763.
18. Suzuki K, Kondo N, Sato M, Tanaka T, Ando D, Yamagata Z. Maternal smoking during pregnancy and childhood growth trajectory: A random effects regression analysis. *J Epidemiol*. 2012; 22(2):175-178.
19. Barros MC, Mitsuhiro SS, Chalem E, Laranjeira RR, Guinsburg R. Prenatal tobacco exposure is related to neurobehavioral modifications in infants of adolescent mothers. *Clinics*. 2011; 66(9):1597-1603.

20. Monshouwer K, Huijink AC, Harakeh Z, Raaijmakers QA, Reijneveld SA, Oldehinkel AJ, et al. Prenatal smoking exposure and the risk of behavioral problems and substance use in adolescence: the TRAILS study. *Eur Addic Res.* 2011; 7:342-350.
21. Cohen G, Vella S, Jeffery H, Lagercrantz H, Katz-Salomon M. Cardiovascular stress hyperreactivity in babies of smokers and in babies born. *Journal of the American Heart Association.* 2008; 118:1848-1853.
22. Hanneke B, Vicent W. Cardiovascular and metabolic influences of fetal smoke exposure. *Eur J Epidemiology.* 2011;26:763-770.
23. Winickoff PJ, Van J, Oreskovic NM. Tobacco smoke exposure and chronic conditions of childhood. *Pediatrics.* 2010;126(1):251-252.
24. Heppner et al. The role of prepartum motivation in the maintenance of postpartum smoking abstinence. *Health Psychol.* 2011;30(6): 736-745.
25. Ussher et al. Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy (LEAP) trial: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2012; 13:186 doi: 10.1186/1745-6215-13-186.
26. Ershoff D, Solomon J, Dolan P. Predictors of intentions to stop smoking early in prenatal care. *Tobacco control.* 2000;9(3):iii41-iii45.
27. Beenstock J, Sniehotta F, White M, Bell R, Milne E, Araujo V. What helps and hinders midwives in engaging with pregnant women about stopping smoking? A cross-sectional survey of perceived implementation difficulties among midwives in the North East of England. *Implementation Science.* 2012; 7:36.
28. Condliffe L, McEwen A, West R. The attitude of maternity staff to, and smoking cessation interventions with, childbearing women in London. *Midwifery.* 2005; 21:233-240.
29. Hajek P, West R, Lee A, Foulds J, Owen L, Eisher R, et al. Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction.* 2001; 96:485-494.

30. Petersen Z, Nilsson M, Everett K, Emmelin M. Possibilities for transparency and trust in the communication between midwives and pregnant women: the case of smoking. *Midwifery*. 2009; 25:382-391.
31. Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Hakansson A, Ottosson T. Some lessons from Swedish midwives experience of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery*. 2005; 21:335-345.
32. Guillén D, Nerín I, Mas A, Crucelaegui A. Estudio de fiabilidad de una encuesta utilizada para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre el tabaquismo en estudiantes de medicina. *Arch Bronconeumol*. 2003; 39(4):159-166.
33. Profesionales sanitarios colegiados años 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo;2012. Nota de prensa: Estadística de los profesionales sanitarios colegiados. [consultado 20 junio de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p416&file=inebase&L=0>
34. Corchs S, Martínez E, Díaz S. Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos en Barcelona. *Matronas Prof*. 2006;7(3):5-11.
35. Rodríguez-Portilla N, Martínez-Rojo C, Soto-Herrero V. Incapacidad temporal por contingencia común en matronas del Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” durante 2009-2010. *Matronas Prof*. 2012;13(2):35-42.
36. Fernández M, Sánchez M. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2003;17(1):5-10.
37. Casals E, Otero S, Cuenca E. Prevalence of smoking among dentist in Catalonia-Spain. 2008; 13(10):E617-7.
38. Catalina R, Sainz J, Quevedo L, Cortés V, Pinto Blázquez J, Gelpi J et al. Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la ley 42/2010. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86(2):177-188.

39. Ine.es[Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística. [Consultado el 20 de Julio de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.

11. ANEXO I.

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES FRENTE AL TABAQUISMO EN MATRONAS

1. SEXO Hombre__ Mujer__
2. EDAD _____
3. ¿En qué área de la atención sanitaria trabaja? Atención primaria_____ Atención hospitalaria_____
4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando como matrona? (AÑOS)_____
5. ¿En qué provincia trabaja?_____
6. ¿Ha fumado alguna vez? Sí__ No__

Si ha contestado NO pase directamente a la pregunta 13

7. Si ha estado embarazada, ¿Fumó durante la gestación? Sí__ No__
8. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar regularmente? _____
9. Actualmente: Fumo a diario_____ Fumo ocasionalmente_____ Soy ex fumador/a_____

Si es ex fumador/a pase directamente a la pregunta 13

10. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____
11. ¿Desearía dejar de fumar? Sí__ No__
12. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar? Sí__ No__
13. ¿Qué porcentaje de mujeres cree que dejan de fumar durante la gestación?____ %
14. Por favor, marque si está de acuerdo o no con las siguientes cuestiones:

- Fumar durante la gestación:
 - afecta al desarrollo y crecimiento del feto: Sí__ No__
 - aumenta el riesgo de parto prematuro: Sí__ No__
- En gestantes no fumadoras, la inhalación pasiva del humo de tabaco afecta al feto:
Sí__ No__
- Los hijos de madres fumadoras padecen:
 - más riesgo de muerte súbita Sí__ No__
 - más patología respiratoria Sí__ No__

15. Hasta qué punto considera que el comportamiento de la matrona, como fumadora o no fumadora, puede influir en que los pacientes fumen o no:

No tiene influencia____ Escasa influencia ____ Tiene mucha influencia____

16. ¿Cree que dispone de suficientes habilidades y/o recursos para ayudar a una mujer a dejar de fumar? Sí____ No____

17. ¿Querría aumentar su formación para abordar el tema del tabaquismo en su práctica clínica diaria? Sí____ No____

18. ¿Con qué frecuencia da a sus pacientes consejos para dejar de fumar?

Siempre ____ A veces____ Nunca____

19. ¿Cree que es efectivo el consejo que da a las embarazadas para abandonar el tabaco? Sí____ No____

20. ¿Considera que dejar de fumar es más perjudicial para el bienestar de la gestante que mantener un consumo mínimo? Sí____ No____

21. En qué situaciones da consejos antitabaco a sus pacientes (marque con una cruz las ocasiones en las que lo haga)

- Gestantes: Fumadoras____ Ex fumadoras____
- Mujeres que desean planificar un embarazo____
- Mujeres que desean o utilizan métodos anticonceptivos hormonales____

22. ¿En las sesiones de educación maternal incluye información sobre el tabaquismo pasivo?

Siempre ____ A veces____ Nunca____

23. ¿Con qué frecuencia deriva a sus pacientes a una consulta de deshabituación tabáquica? Siempre ____ A veces ____ Nunca____ No existen servicios especializados____

24. ¿Pregunta a las gestantes si conocen los daños que produce el tabaco?

Siempre____ A veces____ Nunca____

25. ¿Informa a las gestantes no fumadoras de los riesgos que entraña ser fumador pasivo?

Siempre____ A veces____ Nunca____

26. ¿Cree que si aconseja de forma continuada a una paciente que deje de fumar su relación paciente-profesional se puede deteriorar? Sí____ No____

27. ¿Considera que las gestantes fumadoras muestran una actitud abierta a dejar de fumar? Sí____ No____

