



GUÍA DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE TABACO Y NICOTINA EN EL EMBARAZO

Desde la planificación al período posnatal

GUÍA DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE TABACO Y NICOTINA EN EL EMBARAZO

Desde la planificación al período posnatal

EDITA:

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Salud
Gobierno de Cantabria

COORDINACIÓN:

Servicio de Drogodependencias

AUTORAS:








Blanca M^a Benito Fernández
Emma del Castillo Sedano
Ana Paula Medina Millán
Alejandra Ugarte Santos
M^a Paz Zuñiga Lenzi

GRUPO COLABORADOR:

Carmen Arce Velo
Alfredo Bueno Díaz
Lorena de Carlos Negro
Alicia Herrero González
Valvanuz Sainz Gil
Cristina Temprano Marañón

IMPRESIÓN 10-1404 • Diciembre 2025

ÍNDICE

| | |
|---|----|
|  El porqué de la guía | 6 |
|  Efectos del consumo y la exposición durante el embarazo y el posparto | 10 |
|  El papel de los profesionales | 17 |
|  Estrategias para utilizar un enfoque motivacional en la consulta | 21 |
|  El abordaje del consumo de tabaco: el protocolo de las 5 Aes | 30 |
| Averiguar | |
| Aconsejar | |
| Apreciar | |
| Ayudar | |
| Acordar un seguimiento | |
|  Anexos | 50 |
|  Bibliografía | 73 |



El porqué de la guía

El tabaquismo es un grave problema de salud pública, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura evitable. Contribuye al desarrollo de enfermedades como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y varios tipos de cáncer, como los de pulmón y mama.

El riesgo cardiovascular por consumo de tabaco aumenta un 25 % en las mujeres en comparación con los hombres. Este riesgo se ve incrementado por factores exclusivos del sexo femenino, como son las complicaciones durante el embarazo (rotura prematura de membranas, embarazo ectópico, complicaciones placentarias, aborto espontáneo, parto prematuro o diabetes gestacional) y la menopausia.

En el bebé, se asocia con grandes riesgos como bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante y aumento de enfermedades respiratorias en la infancia, así como posiblemente con dificultades de aprendizaje y trastornos de conducta.

FUMAR EN EL EMBARAZO COLOCA A LA MADRE Y AL FETO EN UNA SITUACIÓN DE RIESGO, REDUCIENDO LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES, ASÍ COMO LA DE SUS HIJOS E HIJAS, INCLUSO A LARGO PLAZO.

Aproximadamente la mitad de las mujeres que fuman continúan haciéndolo durante el embarazo. Según los datos recogidos en las consultas de atención primaria de Cantabria, en 2024, fumaban el 12,4 % de las mujeres embarazadas que tienen registrado el consumo, cifra inferior a las prevalencias recogidas por la Encuesta Europea de Salud 2020, en España, donde en mujeres de 25 a 34 años la cifra era del 24,5 % y del 22,9 % en mujeres de 35 a 44 años. Es alarmante que hasta el 70 % de quienes logran la abstinencia recaen tras el parto, lo que resalta la necesidad de intervenciones que promuevan la abstinencia a largo plazo. **El papel de la pareja y la interacción con el personal sanitario son dos factores clave** en este proceso.

El consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre; dejar de fumar durante los primeros tres meses de embarazo disminuye enormemente los riesgos, aunque hacerlo en cualquier momento será beneficioso para ambos. Las investigaciones demuestran que puede reducir un 20 % el número de niños con bajo peso al nacer, un 17 % los partos prematuros y aumentar el peso promedio del recién nacido en 28 gramos, que se puede notar incluso dejando de fumar en la semana 30.

Durante el embarazo, las mujeres son especialmente receptivas a las intervenciones relacionadas con la mejora de su salud, es un buen momento para promover cambios en su estilo de vida. Es fundamental orientar la intervención hacia la búsqueda de motivos propios para mejorar su salud y mantenerse abstinente más allá del embarazo, ya que son frecuentes las recaídas tras el parto o la lactancia cuando el único motivo para dejar de fumar es la llegada del bebé. Tras el parto, el plan de seguimiento debe extenderse a las consultas pediátricas y de matronas, reforzando la importancia de un entorno libre de humo para la salud de la familia y del bebé.

Existen múltiples factores de riesgo que influyen en el consumo de tabaco en la mujer embarazada, como son los bajos ingresos, un menor nivel educativo o el desempleo. El consumo de la pareja es un factor pronóstico de que la mujer continúe fumando en el embarazo.

Diferentes investigaciones relacionan el consumo de tabaco y la depresión perinatal; el consumo, tanto pasado como actual puede estar asociado con los síntomas depresivos durante el embarazo. Por otro lado, las mujeres que fuman durante toda la etapa perinatal tienen más probabilidades de desarrollar depresión posparto en comparación con las que dejan de fumar.

En la tabla, se muestra un resumen de las principales variables que influyen en el consumo de tabaco en el embarazo, pudiendo delimitar un perfil que resulte útil a la hora de adaptar la intervención o de reforzarla en algunos casos.

RESUMEN DEL PERFIL DE LA MUJER FUMADORA EN EL EMBARAZO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Jóvenes
Perfil social más desfavorecido
Minorías étnicas
Nivel socioeconómico más bajo
Menor nivel educativo
Sin trabajo
Que viven en zona rural
Solteras
No conviven con sus parejas
Relación inestable con la pareja
Parejas fumadoras

VARIABLES OBSTÉTRICAS

Mayor número de gestaciones previas
Mayor número de abortos
Embarazo no planificado
Múltipara

VARIABLES PSICOLÓGICAS

Diagnóstico previo de depresión
Síntomatología depresiva actual
Mayor estrés autopercebido
Trastornos internalizantes y externalizantes
Consumo de alcohol
Consumo de drogas ilícitas

Martín-Agudiez N, Rodríguez-Muñoz MF. Revisión del tabaquismo en el embarazo: prevalencia, perfil sociodemográfico, depresión perinatal, variables psicológicas implicadas y tratamiento. Rev Esp Salud Pública. 2024; 98: 11 de octubre e202410055.

Dados los beneficios de dejar de fumar tanto para la madre como para el bebé, las medidas de detección precoz deberían ponerse en marcha desde que la mujer comunica su deseo de quedarse embarazada. Es importante aprovechar esta etapa para realizar intervenciones accesibles adaptadas al perfil de cada mujer, especialmente en aquellas con mayores factores de riesgo.

Por ello, **es fundamental integrar las intervenciones de cesación del consumo de tabaco y nicotina en la rutina de las visitas de matronas, obstetras y personal de pediatría.**



Efectos del consumo y la exposición durante el embarazo y el posparto

Además de los riesgos que el consumo de tabaco y nicotina representa para la salud de la mujer en cualquier momento de su vida, durante el embarazo se presentan riesgos adicionales tanto para la madre como para el feto. Es importante considerar, además de los efectos del consumo activo, los riesgos asociados a la exposición al humo ambiental de tabaco y a los aerosoles de los productos relacionados, que también tienen consecuencias significativas.

La **exposición al humo ambiental de tabaco (HAT o humo de segunda mano)** es la combinación del humo exhalado por la persona que fuma y el humo que emana directamente del cigarrillo. Esta mezcla contiene aproximadamente 7 000 compuestos químicos, de los cuales al menos 70 son carcinógenos conocidos. La exposición al HAT está asociada con diversas enfermedades y con un aumento del riesgo de muerte prematura tanto en personas adultas no fumadoras como en niñas y niños. Igualmente, la **exposición al aerosol ambiental del cigarrillo electrónico** contiene químicos dañinos, incluida la nicotina y partículas ultrafinas que pueden ser inhaladas y alcanzar lo más profundo de los pulmones. Se han identificado más de 20 sustancias químicas tóxicas, entre ellas saborizantes como el diacetilo, asociadas a enfermedades pulmonares graves.

¿SABÍAS QUE?



- Estar 8 horas en un lugar cerrado con mucho humo de tabaco puede equivaler a fumar unos 16 cigarrillos.
- Fumar en un coche, aún con las ventanillas abiertas, multiplica por 5 la concentración de partículas de combustión. Con las ventanillas cerradas, la calidad del aire es 100 veces peor.

Otro concepto importante es **el humo de tercera mano**, una combinación de gases y partículas que permanecen como residuo del consumo de tabaco y se adhieren a prácticamente todas las superficies dentro de cualquier lugar cerrado (paredes, muebles, alfombras o juguetes), así como al cabello y la piel de personas y animales, incluso después de que el humo visible ha desaparecido. Encontramos desde nicotina hasta sustancias cancerígenas como el formaldehído o la naftalina. Todas estas sustancias pueden ser inhaladas, ingeridas o incluso absorbidas a través de la piel y se ha comprobado que algunos de estos químicos pueden causar daños a la secuencia genética del ADN.

¿SABÍAS QUE?



- Los tóxicos adheridos a las superficies como consecuencia del consumo de tabaco en interiores no desaparecen con la limpieza doméstica, al ventilar las habitaciones, usar aire acondicionado, ni al limitar el consumo de tabaco a ciertas zonas de la casa. Incluso fumando en la ventana, se detectan partículas tóxicas en el interior.

Es especialmente preocupante la **exposición a los contaminantes del humo del tabaco y aerosoles en la infancia**, ya que:

- Tienen una frecuencia respiratoria más elevada que las personas adultas y, por lo tanto, inhalan más cantidad de tóxicos del tabaco por peso y altura.
- Su inmadurez inmunológica les hace más sensibles a los efectos nocivos del tabaco.
- No pueden elegir y dependen de la “voluntad” (adicción) de las personas adultas.
- Especialmente, los más pequeños tienen mayor riesgo de exposición al humo de tercera mano debido a sus conductas habituales: contacto boca-mano, gateo y la proximidad con superficies contaminadas.

¿SABÍAS QUE?



- El impacto en la salud de los fetos de mujeres expuestas a humo ambiental de tabaco se puede equiparar a los de fumadoras activas de un consumo medio de 4-6 cigarrillos al día.
- Los niños y niñas de padres y madres que fuman inhalan nicotina en cantidad equivalente a un tabaquismo activo de 60-150 cigarrillos al año.

Se debe considerar también la exposición a través de productos distintos a los cigarrillos convencionales, como son **el tabaco sin combustión o los cigarrillos electrónicos (Anexo 1)**. Es fundamental generar conciencia del riesgo que supone el uso de estos dispositivos, ya que, por sus formas, sabores y olores, se ha banalizado, de tal forma que muchas personas piensan que son inocuos.

LA EVIDENCIA YA ES SUFICIENTE PARA EMITIR MENSAJES PRUDENTES A LAS MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD REPRODUCTIVA, ASÍ COMO A LOS Y LAS ADOLESCENTES, SOBRE NO USAR PRODUCTOS COMO EL TABACO SIN COMBUSTIÓN, LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y LAS BOLSAS DE NICOTINA, COMO ALTERNATIVAS AL CIGARRILLO.

Los efectos de estos nuevos productos están en constante estudio, desde publicaciones que sugieren que pueden presentar menos riesgos que el consumo tradicional de tabaco, con frecuentes conflictos de interés, hasta investigaciones que hallan evidencias del daño producido por usarlos. En cualquier caso, **la ciencia avala que su uso no es inofensivo durante el embarazo, teniendo efectos tanto en la salud de la madre como en la del feto**, con hallazgos muy similares a los que aparecen cuando la madre fuma, como son el bajo peso o el parto pretérmino en mujeres que han vapeado. En cuanto a la exposición a los aerosoles, todavía no hay suficiente evidencia para establecer conclusiones.

Por otra parte, es importante remarcar que **no está demostrada la eficacia del vapeo de nicotina como estrategia para dejar de fumar**, lo que en ocasiones deriva en un consumo dual (vapear en algunas situaciones y fumar en otras), con bajas tasas de abstinencia de tabaco a largo plazo.

Muchas mujeres que han vapeado durante el embarazo o el posparto se han encontrado con que dejar de vapear es tan difícil o incluso más que dejar de fumar. Poder hacerlo en lugares en los que está prohibido fumar, el movimiento de la mano a la boca y la naturaleza adictiva de la nicotina, contribuyen a que dejar el cigarrillo electrónico sea un desafío, por lo que en ningún caso se recomienda como estrategia de cesación.

LOS DISTINTOS COMPONENTES DEL HUMO Y EL AEROSOL PUEDEN ATRAVESAR LA BARRERA PLACENTARIA, OCACIONANDO DISTINTOS EFECTOS EN EL FETO.

El tabaquismo durante el embarazo, tanto activo como pasivo, es un factor de riesgo bien establecido que afecta gravemente el desarrollo fetal y la salud materna. El efecto principal tanto del consumo de la embarazada como de la exposición al HAT es la hipoxia fetal, generada fundamentalmente por el déficit en el aporte de oxígeno ocasionado porque el monóxido de carbono desplaza al oxígeno en su unión a la hemoglobina. A esto se une la vasoconstricción de los vasos placentarios, con una disminución del flujo sanguíneo a nivel del miometrio y de la placenta. El organismo intenta responder aumentando el tamaño de la placenta para aumentar la superficie de intercambio materno-fetal y así aumentar la cantidad de oxígeno captado por el feto. Las alteraciones anatomopatológicas que esto produce van a ser causantes de la clínica patológica placentaria que se observa más frecuentemente en las gestantes fumadoras: placenta previa, desprendimiento prematuro de la misma, rotura prematura de membranas y hemorragias.

Si el aumento del tamaño de la placenta es un mecanismo de compensación ante la hipoxia fetal, la manifestación más importante de esta hipoxia es el bajo peso al nacer. Fumar aumenta el riesgo de bajo peso al nacimiento, independientemente de otros factores como raza, número previo de partos, talla de la madre, sexo del recién nacido, nutrición de la madre durante la gestación o edad gestacional. Este riesgo también se mantiene independiente de factores socioeconómicos.

El tabaco también puede inducir liberación de oxitocina y afectar al metabolismo de las vitaminas B12 y C, ocasionando niveles más bajos de éstas y contribuir al aumento de edemas en el embarazo debido al efecto antidiurético de la nicotina.

Mientras que algunos de los efectos se observan a corto plazo, otros se pueden presentar incluso años después del nacimiento. El tabaquismo materno provoca alteraciones en diversos genes, de ahí la importancia de suspender el consumo y la exposición antes del embarazo. Se ven afectados múltiples sistemas, como el cardiovascular o el respiratorio, se generan alteraciones metabólicas y una respuesta alérgica aumentada, lo que incrementa el riesgo de condiciones como asma, sibilancias, rinoconjuntivitis y eczema.

Otro aspecto importante, tanto del consumo como de la exposición, es que la nicotina pasa a la leche materna pudiendo ocasionar en el lactante irritabilidad, llanto e insomnio, así como vómitos, diarrea y taquicardia. Además, la nicotina inhibe la producción de prolactina, reduciendo la producción de leche y alterando el patrón lipídico.

A modo de resumen, en la siguiente tabla se han recopilado las principales consecuencias del consumo y la exposición al tabaco y la nicotina en la fertilidad, el embarazo y la lactancia.

| EFECTO | EVIDENCIA DISPONIBLE |
|-----------------------------|--|
| CONSUMO DE TABACO | |
| FERTILIDAD MASCULINA | <ul style="list-style-type: none"> • Daños a los espermatozoides: menor cantidad y mayor proporción de malformados. (C) • Reducción de la calidad del semen. (S) • Reducción de la respuesta al tratamiento de fertilidad. (S) |
| FERTILIDAD FEMENINA | <ul style="list-style-type: none"> • Concepción tardía. (C) • Infertilidad primaria y secundaria. (C) • Reducción de la respuesta al tratamiento de fertilidad. (S) |

| EFECTO | EVIDENCIA DISPONIBLE |
|--|---|
| EMBARAZO | <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones placentarias. (C) • Rotura prematura de membranas. (C) • Parto prematuro. (C) • Bajo peso al nacer. (C) • Muerte perinatal. (C) • Síndrome de muerte súbita del lactante. (C) • Deterioro del desarrollo pulmonar del bebé. (C) • Embarazo ectópico. (S) • Aborto espontáneo. (S) • Malformación fetal oral: labio leporino y paladar hendido. (S) • Acortamiento o ausencia de extremidades. (SG) • Anomalías urogenitales. (SG) • Problemas de conducta. (SG) |
| LACTANCIA | <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de >250 ml/día. (C) • Menor nivel de lípidos. (C) • Menor probabilidad de lactancia. (S) • Acortamiento del tiempo de lactancia. (S) |
| EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO | |
| MUJERES EXPUESTAS | <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del crecimiento fetal. (C) • Bajo peso al nacer. (C) • Parto prematuro. (C) • Acortamiento del tiempo de lactancia. (S) |
| NIÑOS/AS EXPUESTOS/AS | <ul style="list-style-type: none"> • Muerte súbita del lactante. (C) • Otitis del oído medio. (C) • Enfermedades respiratorias. (C) • Desarrollo de asma. (C) • Ataques de asma en asma previa. (C) • Problemas de conducta. (SG) • Deterioro del crecimiento y desarrollo. (SG) |
| Concluyente: C, Sustancial: S o Sugestiva: SG | |

Tabla adaptada del informe: "Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health". British Medical Association 2004.

¿SABÍAS QUE?



- Se ha estimado que el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) en bebés de madres fumadoras durante la gestación es 3 veces superior al de las no fumadoras, aumentando el riesgo con el número de cigarrillos fumados al día. Si fuman ambos padres, el riesgo se puede multiplicar por 6.
- Los fetos de padres fumadores de 20 cigarrillos/día, estando expuesta la madre, pesan unos 88 gramos menos al nacer. Cuando además fuma la madre, entre 150 y 250 gramos menos que aquellos nacidos donde ninguno de los progenitores fuma.
- Un 42 % de los niños que padecen una enfermedad respiratoria crónica son fumadores pasivos.
- Los hijos e hijas de madres fumadoras tienen un 28 % más de ingresos hospitalarios por bronquiolitis y neumonía.
- El 17 % de los casos de carcinoma primario de pulmón en personas no fumadoras adultas, son atribuibles a la exposición al HAT en la infancia y adolescencia.

Fumar provoca problemas, tanto a corto como a largo plazo, y dejarlo puede reducir significativamente esos riesgos, especialmente si se consigue en el primer trimestre del embarazo, aunque compensa en cualquier momento. Al dejar de fumar hay menor riesgo de complicaciones placentarias, se iguala el riesgo de embarazo ectópico y el de parto prematuro a las no fumadoras y se reduce el riesgo de bajo peso al nacer y de muerte perinatal. Si hablamos de fertilidad, mejora la cantidad y calidad del esperma y se iguala la tasa de concepción con las no fumadoras. Evitar la exposición al HAT en la infancia conlleva muchos beneficios para su salud, como la disminución de las otitis y de infecciones respiratorias, la mejora del control del asma y, específicamente en lactantes, la disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita.



El papel de los profesionales

El embarazo es una buena oportunidad para que los servicios sanitarios intervengan y apoyen a las familias en su camino hacia un entorno libre de humo. Existen muchos profesionales que tienen contacto regular con ellas, quienes podrían desempeñar un papel importante al resaltar la necesidad de dejar de fumar, los beneficios para los niños y orientar a madres, padres y otros miembros del hogar hacia la cesación.

TODO PROFESIONAL SANITARIO QUE ENTRA EN CONTACTO CON UNA MUJER EMBARAZADA TIENE UN ROL CLAVE EN LA PROMOCIÓN DE INTENTOS PARA DEJAR DE FUMAR, MEDIANTE EL CONSEJO Y APROVECHANDO CADA CONTACTO COMO UNA OPORTUNIDAD DE INTERVENCIÓN.

Se estima que las personas fumadoras tienen 4 veces más probabilidades de dejar de fumar si reciben apoyo. También hay pruebas de que, cuando las mujeres dejan de fumar en el segundo trimestre el riesgo de muerte fetal, prematuridad y bajo peso al nacer se iguala al de las no fumadoras. Ayudar a las mujeres embarazadas que fuman a dejar el consumo implica comunicarse de manera sensible y centrada en ellas, especialmente porque a algunas les resulta difícil decir que fuman. Este enfoque es importante para reducir la probabilidad de que pierdan la oportunidad de obtener ayuda.

TODO PROFESIONAL SANITARIO DEBE AVERIGUAR, ACONSEJAR E INFORMAR CON UN MENSAJE CLARO, COMÚN Y FIRME.

Todos deben intervenir: cada profesional atenderá en diferentes momentos de la vida y diferentes situaciones.

Todos deben promover un cambio respecto a la percepción de riesgo, tanto del consumo como de la exposición en estos periodos sensibles.

Insistir en el **mismo mensaje, en diferentes etapas de la vida y por diferentes profesionales** favorece el cambio a nivel social y un aumento de la percepción de riesgo. Respecto a la mujer embarazada, hay que desterrar mensajes como que es mejor fumar 2 o 3 cigarrillos que la ansiedad de dejar el consumo por completo. **Es importante que todos los profesionales transmitan el mismo mensaje, que el único consumo seguro es el consumo cero de tabaco y nicotina.**

Desde que una mujer se plantea quedarse embarazada, durante el embarazo, el posparto, la lactancia y la edad pediátrica, hay profesionales que tienen una excelente oportunidad para abordar el consumo. En esta guía nos centraremos en las matronas y en los profesionales de pediatría, cuyo papel será clave en:

- la identificación tanto de la mujer que consume tabaco o nicotina como de la que está expuesta;
- el consejo y la intervención breve para promover el cese del consumo y proteger de la exposición tanto a la mujer como a su bebé;
- la derivación a los profesionales responsables del programa de cesación tabáquica en el centro de salud;
- y el apoyo oportunista a la mujer que está realizando un intento para dejar de fumar.



CONSULTA DE MATRONA

Es indudable que la matrona ocupa un lugar privilegiado a la hora de proporcionar información y realizar programas de educación para la salud en la embarazada y su familia. En muchas ocasiones, constituye la primera puerta de acceso a los servicios sanitarios, por lo que es una pieza clave en la atención integral a la gestante.

Las estrategias de apoyo a la cesación de tabaco y nicotina debe desarrollarlas un equipo multidisciplinar de salud, pero la matrona ha de ser el referente de la embarazada y su familia.

Funciones de la matrona en cuanto al abordaje del tabaquismo en la gestante:

- **Educadora**, utilizando el consejo para informar y motivar a dejar el tabaco.
- **Terapéutica**, realizando una anamnesis sobre consumo de tabaco y nicotina a todas las gestantes a las que atiende, aconsejando dejar el consumo, ofreciendo programas de cesación tabáquica y haciendo el seguimiento en su consulta de manera oportunist.
- **Social**, apoyando las campañas de prevención y participando en actividades comunitarias.



Las consultas de pediatría y las visitas rutinarias durante la infancia al centro de salud suponen una buena oportunidad de alargar el seguimiento tras el alumbramiento, reforzando los mensajes transmitidos durante el embarazo sobre los beneficios para la familia de tener un ambiente libre de humo de tabaco y aerosoles y la reducción de los riesgos en la infancia de padecer enfermedades graves, favoreciendo la abstinencia tanto de la madre como del resto de personas cuidadoras.

Los estudios indican que muchas mujeres que dejan de fumar durante el embarazo vuelven a fumar una vez que termina la lactancia. Por lo tanto, el seguimiento de la mujer embarazada que consume tabaco o nicotina después del nacimiento del bebé es importante.

Extender la intervención tras el parto permite realizar prevención de recaídas y trabajar en la motivación para permanecer abstinentes meses después de dar a luz. Es frecuente que las mujeres fumadoras abandonen la lactancia antes de tiempo por lo que ayudarlas durante este periodo puede alargar el tiempo de lactancia, protegiendo a los niños y niñas, especialmente en las familias más vulnerables.



Estrategias para utilizar un enfoque motivacional en la consulta

Una de las funciones más importantes del lenguaje es motivar e influir la conducta del otro, bien sea en un contexto cotidiano en el que queremos conseguir atención o pedir un favor, o en uno laboral, como en el caso de los profesionales de salud, que trabajan para mejorar sus conversaciones y hacerlas más efectivas para conseguir el cambio en terceras personas. **No siempre es suficiente la buena intención del entrevistador. En el contacto profesional-paciente aparecen a menudo retos que no son sencillos de afrontar, como las resistencias al cambio.**

MOTIVAR NO ES EXPLICAR “LO QUE ES BUENO” Y “LO QUE ES MALO”, SINO AYUDAR A QUE LA PERSONA EVALÚE LAS CONSECUENCIAS PERSONALES DE LA CONDUCTA, NO SOLO A CORTO PLAZO. ES UN PROCESO INTERNO, INDIVIDUAL.

La persona decidirá cambiar cuando sus cuentas cuadren, cuando la operación le resulte rentable. Este asunto es de particular relevancia cuando hablamos del consumo de tabaco en embarazadas, que en muchos casos tienen información respecto a lo perjudicial del consumo. Reciben ese mensaje a través de muchas vías; sin embargo, no resulta suficiente para impulsar su cambio.

Es importante tener en cuenta que la motivación no es solo la impulsora de la acción, previa a ésta, sino que también es fruto de ella; fluctúa a medida que varían las circunstancias y la persona comprueba que los resultados son valiosos y que es capaz de realizar el cambio. Por ello, **conseguir pequeños logros en una persona que no está convencida puede inclinar la balanza y atraer más motivos.**

Podemos comparar la motivación con la gasolina para el coche, incluso con poca se puede arrancar con fuerza, pero sólo si el depósito está lleno se llega al destino.

Cuando nuestro objetivo es motivar hacia al cambio, el estilo comunicativo debe asemejarse al de un guía de viaje. Su trabajo no consiste en imponer a los viajeros cuándo llegar y marcharse o dónde deben ir, sino en saber escuchar y ofrecer información experta cuando sea necesario. Este estilo se sitúa en un terreno intermedio entre dirigir y acompañar, incluyendo elementos de ambos enfoques; éste es el estilo de la entrevista motivacional.

Cualquier intervención motivacional debe situar a la paciente en el centro de la acción, favoreciendo la toma de decisiones adaptativas y facilitando el cambio de conducta. Al centrarse en la escucha y la validación de la perspectiva de la paciente, se facilita la toma de decisiones por parte de esta, utilizando habilidades fundamentales como la formulación de preguntas abiertas, las afirmaciones respecto a los logros, la escucha de calidad y la elaboración de resúmenes.

- **FORMULAR PREGUNTAS ABIERTAS:** son aquellas que no se pueden responder con una o dos palabras. **Su función principal no es recopilar información, sino invitar a la persona a reflexionar y a elaborar antes de responder.** Al permitir una respuesta amplia, suelen aportar información útil.

Encadenar preguntas cerradas puede servirnos para completar una historia clínica y tener muchos datos; sin embargo, no ayuda a construir una adecuada relación de colaboración, fundamental para crear un vínculo y trabajar un cambio de conducta. Además, potencia el rol del profesional experto, dejando a la paciente como mera “respondedora” que va siguiendo el camino que marca su terapeuta. **No por preguntar mucho, vamos a tener más información.**

El uso de preguntas abiertas es útil en cualquier momento del tratamiento: desde los primeros contactos, en los que pueden ayudar a fortalecer la relación terapéutica –por ejemplo: *¿Cuáles son tus motivos para dejar de fumar?, explícame cómo fueron tus otros intentos...*–; en momentos en los que las dudas pueden hacer peligrar el tratamiento –*Veo que tienes dudas sobre si dejarlo o no, me pregunto qué podría inclinar la balanza hacia el sí*–; y hasta en etapas más avanzadas del proceso, cuando se detecta discurso de cambio. En estos últimos, cuando la paciente verbaliza que quiere cambiar, o se ve cambiando, es útil formular una pregunta abierta que le pida elaborar o poner un ejemplo de lo dicho... Intente saber más.

Paciente: *Creo que dejar de fumar puede ser bueno para mi bebé.*

Terapeuta: *¿Qué crees que mejoraría si dejaras de fumar? Explícame en qué crees que mejoraría la salud de tu bebé.*

- **REALIZAR AFIRMACIONES:** Se trata de **acentuar lo positivo, ofreciendo apoyo y aliento**. Esta idea es totalmente contraria al pensamiento de que las personas cambiarán si se encuentran lo suficientemente mal o si repetimos constantemente mensajes catastrofistas, **buscamos los recursos, habilidades, buenas intenciones y esfuerzos de la paciente**.

SI LAS AFIRMACIONES AYUDAN, LAS AUTOAFIRMACIONES TIENEN UNA POTENCIA EXTRA: QUE LA PACIENTE ENUMERE SUS PUNTOS FUERTES O EXPLIQUE SUS ÉXITOS PASADOS TENDRÁ MÁS IMPACTO QUE SI LO ESCUCHA DE NUESTRA BOCA.

Afirmar no es elogiar, ya que quien elogia suele situarse en una posición de superioridad y, desde ella, reparte esos elogios. Una afirmación no debe comenzar con “yo” o “me siento”, ya que eso coloca el foco en el profesional, en lugar de en la persona, y resulta poco motivador.

Una afirmación identifica, reconoce y valora lo positivo: ya sea una intención o una acción, una situación o determinadas habilidades de la persona.

- *Es un gran avance estar una semana sin fumar.*
- *Has venido a pesar de haber dado unas caladas, ¡eso es muy valiente!*
- *Quieres intentarlo otra vez, es una gran decisión.*
- *Permanecer sin fumar durante la celebración ha sido un gran logro.*

En esencia, la afirmación pretende encontrar todo aquello que funciona en la persona, aquello que hace bien, en lugar de centrarnos en lo que hay que mejorar.

- **ESCUCHA DE CALIDAD:** Se trata de ofrecer lo que llamamos “**atención completa**”; incluso si estamos convencidos de que somos capaces de hacer dos cosas a la vez, si una de ellas es escuchar, es mejor no

intentarlo. **Una buena forma de transmitir esta atención completa es a través de la mirada.** Los ojos de quien escucha deben estar preparados para establecer contacto, independientemente de que la persona que habla mantenga o desvíe la mirada. (Es importante tener en cuenta que existen diferencias a este respecto entre culturas).

Una buena manera de colocarnos para escuchar es ubicar las sillas en ángulo en la consulta, en lugar de una frente a otra, lo que hace que la paciente pueda romper cómodamente el contacto visual si lo necesita.

Respecto a la expresión facial, reflejar las emociones de quien habla es una señal de escucha, comprensión y acompañamiento, con excepción de la ira, ante la cual se recomienda responder no con un reflejo facial, sino con preocupación genuina y tranquilidad.

UN TIPO DE ESCUCHA EFICAZ PARA TRABAJAR EL CAMBIO DE CONDUCTA ES LA ESCUCHA REFLEXIVA: REFLEJAR ES OFRECER UNA CONJETURA SOBRE LO QUE CREEMOS QUE HA DICHO NUESTRO INTERLOCUTOR.

El elemento clave de este tipo de escucha es la forma en que el terapeuta responde a lo que ha dicho el paciente, que ha de ser a través de una afirmación en lugar de con una pregunta, porque así es más probable que la persona siga hablando sin ponerse a la defensiva.

Reflejar viene de hacer de espejo de lo que nos dice la paciente, permitiéndole escuchar nuevamente sus ideas y emociones, a veces expresadas con otras palabras. La escucha reflexiva de calidad hace que la persona siga hablando, explorando, pensando.

No se trata de preguntar si eso es lo que quiere decir, sino de intentar averiguarlo y devolvérselo, esperando que, si no es correcto o si falta información, lo corrija o explique.

Partimos de la base de que lo que creo o asumo que quieren decir los demás no es necesariamente cierto. Palabras como “ansiosa” o “irritable” pueden no significar lo mismo para todas las personas.

Paciente: *Esto de estar sin fumar es insoportable.*

Terapeuta: *Insoportable.*

Paciente: *Si, bueno, se pasa mal. No sé qué hacer por las tardes, se me cae la casa encima.*

Terapeuta: *Por las tardes te quedas en casa y esos momentos son los más complicados del día. Quizás si no estuvieras en casa fuera más sencillo estar sin fumar.*

En caso de que el reflejo no sea adecuado y el terapeuta devuelva algo que no es lo que la paciente quería decir, lo que suele suceder es que esta sigue hablando, para aclararlo.

Responder con un reflejo no siempre es sencillo y no suele ser lo primero que se nos viene a la cabeza.

Por ejemplo, una paciente le dice a su matrona: *Me está costando mucho mantenerme sin fumar, creo que no lo voy a conseguir.*

En unos segundos, la profesional, con el objetivo de ayudar, piensa en decir...

- *Cómo no, todo el mundo puede. Seguro que tú también puedes.* Esta respuesta minimiza la experiencia personal de la persona fumadora, porque la compara con “todo el mundo”. En lugar de escuchar e indagar en su dificultad concreta, se generaliza y se le coloca presión con un optimismo impuesto. La escucha reflexiva, en cambio, se centra en lo que esa persona siente y piensa en el momento.
- *Le daré ideas y le hablaré de todas las cosas difíciles que ha conseguido en la vida.* Aunque parece motivadora, esta respuesta desplaza la conversación hacia lo que la profesional cree importante destacar. Se convierte en un discurso propio en vez de un reflejo de lo que la persona expresó. La escucha reflexiva no consiste en aconsejar ni en recordar logros, sino en validar y devolver el sentido de lo que la persona está compartiendo.

- *¿Qué te preocupa? ¿Por qué crees que no eres capaz?* Aunque parece una forma de mostrar interés, en realidad esta respuesta dirige la conversación hacia un interrogatorio. La persona puede sentirse cuestionada o en la necesidad de justificarse, lo cual puede hacer que se ponga a la defensiva. La escucha reflexiva no busca hacer preguntas que presionen, sino devolver con palabras lo que ya se expresó, ayudando a la persona a escucharse a sí misma sin sentirse examinada.
- **ESCUCHA REFLEXIVA:** Es una manera de tirar del hilo, más sutil que las preguntas.

Sientes que el esfuerzo está siendo muy duro y temes no poder lograrlo.

Esta respuesta no aconseja, no minimiza ni interroga; simplemente devuelve la emoción y la percepción de dificultad expresada por la paciente. Así se valida su vivencia y se le abre la posibilidad de seguir hablando de lo que necesita. Ella puede confirmar, matizar o ampliar su vivencia, sintiéndose escuchada y no juzgada.

Realizar una escucha reflexiva cuesta más esfuerzo que preguntar; al principio puede ser costoso, aunque con práctica cada vez es más fácil y, desde luego, compensa.

Cuando buscamos un cambio de conducta, decir y advertir no suele ser de mucha ayuda. Unas pocas palabras bien elegidas pueden ahorrar largas parrafadas, sobre todo si son reflexiones que captan la esencia de lo que nuestra paciente siente y dice. El uso de la escucha reflexiva nos ahorra tiempo.

TENEMOS QUE DESTERRAR DE NUESTRA MENTE PENSAMIENTOS COMO EL DE QUE TENEMOS QUE APROVECHAR EL POCO TIEMPO DEL QUE DISPONEMOS PARA DECIRLES A NUESTROS PACIENTES LO QUE TIENEN QUE HACER.

Respecto al tamaño y la profundidad de los reflejos, como norma general, un reflejo no debe ser más largo que la afirmación que lo origina, y es fundamental cuando se plantea una pregunta abierta (no debemos olvidar nunca que el protagonista es el paciente, por lo que debe hablar más que el terapeuta).

A veces bastará con repetir una o dos palabras para que la persona siga hablando; estos son los reflejos simples, que incluyen muy poca información nueva. Producen un avance más lento hacia el cambio, pero sirven para ir progresando. Los reflejos complejos, en los que el terapeuta no se limita a repetir alguna palabra, sino que añade más significados o pone énfasis en algo de lo ya dicho, permiten avanzar a mayor velocidad.

Podemos utilizar el reflejo como estrategia, con diferentes fines:

- **Enfatizar la autonomía.** Insistir en que es la paciente quien elige, valida su perspectiva. Es importante el tono de voz, controlar que no sea cínico ni paternalista. Como ya sabemos, decirle a alguien lo que “debe” o “tiene que hacer” genera reactividad, que es una respuesta emocional y motivacional negativa que surge cuando una persona percibe una amenaza a su libertad o autonomía.

Paciente: *No necesito que nadie me ayude.*

Terapeuta: *Es cierto que la decisión final es tuya. Muchas mujeres dejan de fumar sin ayuda.*

- **Reconocer explícitamente la libertad de acción de la otra persona suele bajar las defensas y facilita el cambio.** Además, hace que el profesional se libere de la carga de que debe/puede hacer que las personas cambien (renuncia a un poder que nunca ha tenido).

Nadie puede obligarte a dejar de fumar si tu no quieres. Si cambias de idea, ya sabes dónde encontrarme.

- **Sugerir otro punto de vista.** Se trata de dar la vuelta al argumento y mirarlo desde otro lado: la adversidad refleja fortaleza, la inseguridad es un reto, ser pesado es preocuparse... No se trata de discutir respecto a qué es lo correcto, si no de aportar otro punto de vista.

Paciente: *Mi madre me tiene harta con que deje de fumar.*

Terapeuta: *Parece que se preocupa por ti.*

- **Validar con un matiz.** Combina los beneficios del reflejo con los de invitar a la persona a plantearse la situación desde otro punto de vista, siendo cuidadoso de no resultar sarcástico al recalcar.

Paciente: *No me imagino sin fumar. Llevo muchos años haciéndolo.*

Terapeuta: *No serías la misma si no fumaras. Es tan importante, que sientes que seguirás fumando independientemente de las consecuencias.*

- **Fomentar la autoeficacia.** Consiste en detectar temas, experiencias, ideas y percepciones que implican confianza y traslucen la capacidad de la persona para llevar a cabo el cambio. En caso de encontrarnos con una paciente con baja autoeficacia, compensa dedicarle un tiempo a trabajarla.

Has sacado adelante a tu familia, conseguiste estudiar a pesar de no tener muchos medios, cuidas de tu madre... realmente te demuestras cada día que eres capaz de hacer grandes esfuerzos, de conseguir lo que te propones.

- **RESUMIR: Favorece la comprensión y le demuestra a la paciente que la hemos escuchado atentamente, y que recordamos y valoramos lo que ha dicho.** Tiene diferentes funciones: puede recoger lo que ha dicho la persona y devolvérselo, recopilar lo dicho durante una sesión y/o relacionarlo con lo hablado en otros momentos del tratamiento.

Los sumarios son reflejos unidos que pueden transmitir también afirmaciones. Sirven para ayudar a la paciente a recordar lo dicho y, en muchos casos, a reflexionar sobre ello. Al igual que con el reflejo, con los resúmenes es el profesional quien decide qué parte del camino iluminar, dónde incidir.

- *Estás muy orgullosa de haber completado la primera semana de preparación porque has reducido el consumo de cigarrillos, incluso hay días en los que no has fumado por la mañana. Al mismo tiempo, te preocupa afrontar tu primer día sin tabaco porque no sabes cómo vas a reaccionar.*
- *Tras dos meses sin fumar tienes dudas sobre los motivos por lo que decidiste dejarlo. Recuerdo el día que nos conocimos y me los explicaste, y las ganas que tenías de dejar de fumar para demostrarle a tu hija que puedes hacerlo y ser un buen ejemplo.*

Los sumarios son muy útiles para plasmar la ambivalencia y favorecer la reflexión sobre ella.

Quieres salir de cena, pero te preocupa no ser capaz de no fumar estando rodeada de fumadores.

UN RESUMEN SE PUEDE UTILIZAR PARA RECAPITULAR LO DICHO, PARA ENLAZAR CON UN CONTENIDO DE OTRA VISITA, COMO TRANSICIÓN A OTRO TEMA... ES, EN ESENCIA, UN REFLEJO LARGO.

El proceso de escucha reflexiva puede ser una afirmación en sí mismo. Una buena escucha incluye las cuatro habilidades: preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y sumarios.

EN RESUMEN:

NO JUZGAR las respuestas ni las conductas; investigar y profundizar desde la curiosidad para poder entender y ayudar mejor.

NORMALIZAR LA AMBIVALENCIA, como algo natural en los procesos de cambio: quiero /no quiero, motivos para seguir/motivos para dejarlo, y trabajar sobre ella con herramientas como el reflejo y el resumen.

IDENTIFICAR LAS RESISTENCIAS AL CAMBIO: Si presentamos un plan o propuesta de acción con alternativas y consejos, y la paciente expone los motivos por los cuales no considera viable llevarlo a cabo, es fundamental **DETENERSE (STOP) Y MODIFICAR LA INTERVENCIÓN, PROMOVENDO LA AUTONOMÍA Y LA LIBERTAD DE DECISIÓN DE LA PACIENTE.**



El abordaje del consumo de tabaco: el protocolo de las 5 Aes

Aunque el embarazo es un buen momento para motivar a la mujer a cesar el consumo de tabaco, **las estrategias para dejar de fumar no difieren del abordaje en cualquier momento de la vida.** Este abordaje solo requiere alguna adaptación a la fisiología de la gestación y tener en cuenta las barreras y facilitadores más relevantes en este momento de la vida.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha actualizado recientemente (2020) sus recomendaciones y conclusiones:

- **Los obstetras-ginecólogos y otros profesionales del cuidado obstétrico deben preguntar sobre todos los tipos de consumo de tabaco o nicotina,** incluyendo el consumo de cigarrillos, uso de cigarrillos electrónicos, shishas (pipas de agua), bolsas de nicotina, comprimidos, parches y chicles, durante los períodos preconcepcional, embarazo y posparto. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que las pacientes podrían no asociar el uso de productos como los cigarrillos electrónicos con el consumo de tabaco. Además, deben **aconsejar el abandono de los productos de tabaco en cualquier forma y proporcionar intervención motivacional.**
- **Se debe informar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos perinatales significativos asociados con el consumo de tabaco,** incluyendo: hendiduras orofaciales, retraso del crecimiento fetal, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal y embarazo ectópico.
- **Los profesionales sanitarios deben individualizar el abordaje, ofreciendo intervenciones psicosociales, conductuales y farmacológicas.** Deben ofrecerse los servicios y recursos disponibles para ayudar a dejar de fumar y documentar las actuaciones regularmente en las visitas prenatales y de seguimiento posparto.

- **Brindar apoyo continuo y abordar los factores estresantes psicosociales en el período posparto es necesario para asegurar el éxito continuo en la cesación.**

En la práctica clínica, se recomienda el protocolo estructurado en cinco pasos:

PROTOCOLO DE LAS 5 AES

Averiguar (ASK) si la mujer consume tabaco o productos de nicotina. Identificar sistemáticamente a todas las fumadoras embarazadas.

Aconsejar (ADVISE) que deje de consumir.

Apreciar (ASSESS), averiguar si quiere hacer un intento de cesación.

Ayudar, (ASSIST) con un plan que incluya apoyo, recursos, técnicas de resolución de problemas e identificación de apoyo social.

Acordar un seguimiento (ARRANGE).

Averiguar

Preguntar a la paciente sobre su consumo de tabaco y/o nicotina en la primera consulta, registrarlo y hacer seguimiento.

A pesar de que el consumo y la exposición al tabaco y/o nicotina debería formar parte de la historia clínica inicial de toda embarazada y monitorizarse en cada visita, como se hace, por ejemplo, con la tensión arterial, el tema es más complejo. La presión para no fumar durante el embarazo es muy intensa y el estigma social puede hacer que algunas pacientes se sientan incómodas en el momento de comentar si fuman y cuánto, perjudicándolas tanto a ellas como a sus futuros hijos e hijas ya que no obtienen el apoyo adecuado para la cesación.

La mejor manera de invitar a una persona a darnos información son las **preguntas abiertas**; permitir una respuesta amplia suele aportar información útil.

- *A lo largo de tu vida ¿has fumado en alguna ocasión?*
- *Y ahora mismo... cuéntame: ¿cómo es tu relación con el tabaco? ¿Sigues fumando? ¿Lo has dejado?*
- *Y en casa, ¿fuma alguien? ¿Dónde lo suele hacer?*
- *¿Conoces algún producto que contenga nicotina, aparte de los cigarrillos: bolsitas, vapors? ¿Los has probado?*

ESCUCHAR LOS ARGUMENTOS Y LAS PREOCUPACIONES DE LA PACIENTE AYUDA A CREAR UN BUEN VÍNCULO Y A CENTRARNOS EN SUS OBJETIVOS.

Es muy importante el **registro previo** del consumo de tabaco en la historia clínica, para conocer los antecedentes y poder hacer preguntas directas, como *Veo en tu historia que eras fumadora, ¿cuánto fumas ahora?*. Igualmente, una vez obtenido el dato actual, es fundamental registrarlo en la historia para poder hacer seguimiento en cada visita.

CONSUMO TABACO (V1)

CONSUMO DE TABACO (averiguar, aconsejar y apreciar)

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Consumo de tabaco | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | <input type="checkbox"/> Consejo cesación tabaco |
| Número de cigarrillos/día | <input type="text"/> | Años fumando <input type="text"/> |
| ¿Fumó alguna vez? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Paquetes/año <input type="text"/> |
| Exfumadora/a >1 año | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | <input type="checkbox"/> Felicitar |
| Uso de cigarrillo electrónico | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | ¿Cuándo dejó de fumar? <input type="text"/> |
| Consumo de cannabis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | <input type="checkbox"/> Consejo cesación cigarrillo-e |
| | | <input type="checkbox"/> Consejo cesación cannabis |

Exposición a humo ambiental o aerosoles Sí No Consejo evitar exposición

ACEPTA CESACION Sí No

Observaciones:

SI CONSUME TABACO RECUERDE CREAR "EPISODIO P17: TABAQUISMO"

(Fuente: AP Cantabria 2025).

En este primer momento, es muy útil **realizar una cooximetría (Anexo 2)**. Explicaremos a la paciente que con esta medición de monóxido de carbono en aire expirado podemos estimar la presencia de este gas en la sangre del feto (utilizaremos un cooxímetro con esta función). Es muy bien valorada, y no solo es útil para determinar si la paciente está fumando o está expuesta al humo ambiental, sino que también puede ser un incentivo tangible para dejar de fumar. Además supone un refuerzo ver como las toxinas son eliminadas del organismo al compararla con la que realicemos cuando deje de fumar (“soplar aire limpio”).

Las mujeres que conviven con un fumador tienen seis veces más probabilidades de fumar durante el embarazo. Asimismo, aquellas que logran dejar de fumar, pero viven con un fumador, presentan un mayor riesgo de recaída una vez que ha nacido el bebé.

Se estima que el 20 % de las mujeres están expuestas al HAT en el hogar durante todo su embarazo, lo que incrementa el riesgo de padecer muchos de los efectos adversos que experimentan las mujeres que fuman.

Por ello, **debe explorarse de manera sistemática la exposición de la mujer embarazada y, en su caso, del bebé, y registrar ambos datos en la historia clínica**, prestando especial atención al entorno cercano, como el padre y otros convivientes, con el objetivo de garantizar un hogar libre de humo.

RECUERDA: LO QUE NO SE PREGUNTA, ES QUE NO IMPORTA.

ES NECESARIO DAR UN MENSAJE ÚNICO Y CLARO DEL TABACO Y DE LA NICOTINA EN LA ETAPA REPRODUCTIVA: NO HAY CONSUMO SEGURO.



CONSULTA DE MATRONA

En la primera cita se debe realizar una cooximetría a **TODAS** las mujeres, tanto si están embarazadas como si están planificando el embarazo.

Si no fuma: realizar pruebas rutinarias de monóxido de carbono en la primera cita prenatal y en la cita de las 36 semanas para evaluar la exposición. Si está expuesta, realizar cooximetría en cada visita.

Si fuma, está dejando de fumar o solía fumar: realizarla en todas las citas de atención prenatal.

Es fundamental establecer un clima de confianza y respeto, sin juicios, independientemente del resultado de la prueba.

Se debe preguntar no solo por el consumo de tabaco, sino también por el de cannabis (frecuentemente fumado junto con tabaco), por el uso de cigarrillos electrónicos —con o sin nicotina— y por cualquier otra nueva forma de consumo, como las bolsas de nicotina, con el objetivo de hacer un seguimiento individualizado del embarazo, teniendo en cuenta los riesgos específicos.

Si estás de acuerdo, te preguntaré sobre esto en cada visita y, si en algún momento necesitas contarme algo, aquí estaré para ayudarte.



CONSULTA DE PEDIATRÍA

Es importante **identificar** a aquellas mujeres que consumen tabaco o nicotina, tanto si han sido seguidas en la consulta de matrona como si acuden de otros centros, así como a aquellas que han cesado el consumo de tabaco o nicotina durante el embarazo, para realizar un seguimiento adecuado.

En la consulta de pediatría, además, se identificará a aquellos bebés expuestos al HAT, al humo de tercera mano o a aerosoles:

- Observar y registrar signos de consumo, como el olor a tabaco o aerosol en la silla, las mantas o la ropa.
- Preguntar por el consumo de tabaco o vapeo en el interior del hogar, incluyendo zonas como el balcón, la terraza, las ventanas, y en el interior del coche (esté presente el bebé o no).

Si existen signos de consumo, se propone realizar una cooximetría a todas las personas que acudan acompañando al niño (madre, padre, cuidadores, etc.)

Aconsejar

Recomendar firmemente a todas las mujeres embarazadas que consumen tabaco y/o nicotina que lo dejen cuanto antes.

El consejo debe ser **claro, firme y personalizado**, transmitiendo los beneficios tanto para la madre como para la salud del bebé. Debe centrarse en aspectos positivos, en los beneficios de dejar de fumar y de no respirar humo ambiental y aerosol, y tiene más fuerza si incluye una propuesta de cambio.

Dejar de fumar mejoraría tus encías y seguramente tendrías menos tos. La mayor parte de las personas que lo consiguen se sienten muy bien, más libres y satisfechas por haberlo logrado. Si te parece, te explico cómo puedo ayudarte.

El consejo debe identificar el problema claramente, no podemos permitir que una mujer embarazada salga de la consulta con la idea de que fumar “un poco” es seguro en el embarazo.

EL MENSAJE DEBE SER CLARO: “NO EXISTE CONSUMO SEGURO”.

En muchas ocasiones, este consejo puede ser el impulso que le falta a la mujer para tomar la decisión de dejar de fumar o vapear. Es fundamental que todos los profesionales con los que entre en contacto, tanto en la planificación como durante el embarazo, le recuerden la importancia de no fumar ni vapear, de no respirar HAT, y refuercen su decisión de no consumir.

Es probable que aparezcan dudas o reflexiones sobre la dificultad de dejarlo o las posibles consecuencias negativas, como el conocido mito de: “es peor la ansiedad de dejarlo que fumar unos pocos cigarrillos cada día”. **Es importante reconocer las dificultades del abandono, proporcionar apoyo incondicional y poner sobre la mesa todas las herramientas disponibles para que el intento sea exitoso.**

SI LA MUJER HA DISMINUIDO EL CONSUMO AL ENTERARSE DE SU EMBARAZO, LO PRIMERO ES FELICITARLA, YA QUE, SEGURAMENTE, LE HA SUPUESTO UN GRAN ESFUERZO.

Tras reforzar su logro, se puede intervenir ofreciendo información sobre la importancia de la abstinencia completa y sobre cómo conseguirla. También puede suceder que haya intentado no fumar y no lo haya logrado; en ese caso, le preguntaremos por sus dificultades, por las estrategias que le han funcionado y por las que no. Podemos considerar esta reducción un primer paso hacia la abstinencia.

Otra información que puede resultarle útil es que continuar fumando de vez en cuando —reduciendo el consumo a pocas caladas al día, por ejemplo— provocará la aparición de síntomas de abstinencia durante todo el embarazo. Por la experiencia de otras mujeres que lo han vivido, podemos transmitirle que, para una persona con dependencia a la nicotina, es más fácil dejar de fumar por completo que limitarse a unas pocas caladas al día.

El consejo será más eficaz cuanto más personalizado sea, y cuánto más se adapte a la persona con la que estamos hablando. Podemos vincular las mejoras al dejar de fumar con alguna patología que conozcamos de la paciente, con la mejora en su aspecto físico —si es un tema que le preocupa—, con el ahorro económico o con la recuperación de la libertad. Cuanta más información se tenga, mejor se podrá personalizar la intervención.

Otro apunte interesante es la importancia de utilizar un lenguaje que promueva la autonomía, evitando asumir que la paciente seguirá nuestro consejo únicamente por el hecho de haberlo dado.

Algunos ejemplos de este tipo de lenguaje serían:

- *Quizás podrías probar lo siguiente...*
- *La decisión, por supuesto, depende de ti; yo te explicaré las alternativas.*
- *Otras personas en tu situación hicieron...*
- *Es posible que lo que te voy a decir no te cuadre; sin embargo, a otra gente le ha funcionado.*

La **ambivalencia** es algo muy frecuente en cualquier cambio de conducta, el estado mental en el que alguien tiene sentimientos contrapuestos con relación a una cuestión. Una persona ambivalente mezclará el discurso de cambio (argumentos a favor de dejar de fumar) con el de mantenimiento (argumentos para seguir con la conducta).

Quiero dejar de fumar para encontrarme mejor y tener un hijo sano, pero me da miedo engordar mucho y encontrarme nerviosa.

Para trabajar la ambivalencia, trataremos de que sea la paciente quien aporte motivos para inclinar la balanza hacia el lado del cambio.

Podemos utilizar preguntas como:

- *¿Por qué quieres cambiar?*
- *¿Qué podrías hacer para conseguirlo?*
- *¿Cuáles son los tres motivos más importantes para hacerlo?*

También trabajaremos la ambivalencia generando confianza en que el cambio es posible y en que podemos ayudar a lograrlo. **Cuando aparezca una fortaleza personal, es importante identificarla y darle valor.** También resulta útil recordar éxitos pasados, rescatando qué aportaron y para qué sirvieron.

Mientras que el fracaso puede resultar desalentador, intentarlo de nuevo es un acto digno de admiración. La situación es la misma —alguien que dejó de fumar, recayó y lo va a intentar otra vez—; sin embargo, el uso del lenguaje es fundamental.

NO ES LO MISMO DECIR QUE SE HAN REALIZADO MUCHOS INTENTOS QUE AFIRMAR QUE SE HA FRACASADO MUCHAS VECES.

La protagonista de la acción es la paciente; por lo tanto, ella debe hablar más que el profesional. Lo que más ayuda es lo que ella se diga a sí misma: sus preocupaciones, motivos, expectativas. Quienes acompañamos el proceso debemos ser sus guías. Por ejemplo, con el objetivo de mostrar empatía,

puede resultar tentador contar alguna experiencia personal similar. Antes de hacerlo, el profesional debe detenerse a reflexionar sobre la utilidad de esa información para la paciente. La empatía consiste más en escuchar y mostrar comprensión que en compartir experiencias parecidas.

Es fundamental incluir a la pareja y a otras personas significativas en el consejo. Si la pareja u otros miembros del entorno están presentes, la intervención debe incluirles, recordando la importancia de apoyar el cambio, comprender la aparición de algunos síntomas de abstinencia y saber tolerarlos. (En muchos casos, cuando una persona deja de fumar y, por ejemplo, se muestra irritable, puede recibir del entorno cercano —que quizás fue quien impulsó la decisión de dejar el tabaco—, mensajes contradictorios, como: *estás insoportable, prefiero que fumes*).

En caso de que no tengan intención de dejarlo, la intervención se enfocará en evitar la exposición, primero de la madre y luego del bebé.

RECOMENDACIONES SOBRE CÓMO EVITAR LA EXPOSICIÓN AL HAT Y AEROSOL:

Pedir a las personas que no fumen cerca.

Informar a quienes nos visitan de que se trata de un hogar sin humo.

No permitir que se fume, en ningún caso, en interiores, incluido el coche, donde la concentración de sustancias tóxicas del humo es mayor, incluso si no están presentes la madre ni el bebé.

No permitir fumar en ventanas, balcones o terrazas, ya que el humo entra en la casa, aunque no lo veamos. Si se fuma en un balcón, es necesario cerrar por completo la puerta de acceso.

Elegir lugares de ocio en los que no se permita fumar, como el interior de bares o restaurantes, cines, salas de conciertos, bibliotecas, etc.

Si las personas del entorno fuman o vapean, les ofreceremos apoyo, al igual que a la mujer embarazada, fomentando que cesen en el consumo.

Si la pareja o el padre no está presente y sabemos que fuma o vapea, se le proporcionará la información a la mujer, explicándole la importancia de que esa persona cese el consumo y facilitándole material. En la Consejería de Salud hay materiales disponibles a solicitud de los profesionales.



CONSULTA DE MATRONA

El mejor consejo que puedo darte para mejorar tu salud y la de tu bebé es que abandones el consumo de nicotina. Puedo ayudarte.

Puede que dejar de fumar suponga un esfuerzo, pero, sin duda, merece la pena y haciéndolo proporcionarás un ambiente más saludable para tu bebé.

Utilizar las sesiones de preparación al parto:

- Si no hay tiempo suficiente en la consulta, emplear estas sesiones para abordar el tema con mensajes claros, breves y firmes sobre consumo y exposición cero.
- Ofrecer ayuda a quien la necesite de manera general, sin señalar a las fumadoras a menos que ellas lo mencionen.
- Preguntar si quieren información específica sobre los efectos del tabaco y proporcionarla de acuerdo al interés mostrado.
- Hablar de la exposición al humo ambiental de segunda y tercera mano, el uso de vapers y la exposición a aerosoles.



Utilizar las consultas del niño sano para informar sobre exposición al humo ambiental y aerosoles, remarcando que la única medida que protege es no respirarlos.

Algunas recomendaciones específicas en caso de que alguna persona del entorno fume o vapee:

- Lavarse las manos y la cara con jabones ácidos, y cambiarse de ropa antes de tener contacto con el bebé.
- Consumir siempre fuera de cualquier espacio cerrado en el que vaya a estar el niño, ya que las sustancias del humo de tabaco permanecen suspendidas en el ambiente durante días, o incluso semanas. Ventilar no es suficiente.

Si no es posible tener un ambiente libre de humo, en casa o en el coche, se recomienda:

- Ventilar con frecuencia.
- Realizar limpiezas regulares de las superficies expuestas con productos ácidos como soluciones diluidas de vinagre blanco (especialmente útil en materiales como el mármol).
- Aspirar semanalmente con filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air). Estos filtros atrapan partículas de al menos 0,3 micras.

Apreciar

Evaluar la voluntad de hacer un intento para dejar el consumo de tabaco y/o nicotina.

A pesar de que existen diferentes test para valorar la motivación, valorar su intención de dejar de fumar puede ser tan sencillo **como preguntar a la mujer si desea hacerlo y ofrecerle ayuda para lograrlo.**

Si la respuesta es afirmativa y está dispuesta a intentarlo, lo ideal es ponerse en marcha cuanto antes, derivándola a su equipo de referencia para que la incluyan en el programa de cesación, ya sea en su centro de salud o en la Unidad de Deshabitación Tabáquica (UDESTA).

Si la paciente no está preparada para dejar de fumar, utilizaremos las técnicas de motivación descritas en el apartado 4 para trabajar con ella sus motivos y avanzar en el proceso de cambio. **Una respuesta negativa no impide el tratamiento, pero sí implica un ritmo diferente.** En este caso, es muy importante reflejar el estado de fumadora en la historia clínica para que el resto de profesionales puedan intervenir reforzando el consejo.



CONSULTA DE MATRONA & CONSULTA DE PEDIATRÍA

En el momento en que una persona expresa su intención de dejar de fumar o vapear, se debe realizar la derivación a su médico/a o enfermero/a para que la incluya en el programa de cesación. Se programará una cita telefónica con la mujer, para que la contacten y puedan programar la intervención.

También se le puede ofrecer, en ese momento, realizar el intento en la UDESTA, pudiendo ser derivada por la matrona o enfermera (**Anexo 3**).

Establecer un plan de cesación que incluya herramientas cognitivo conductuales y apoyo farmacológico.

Una vez tomada la decisión de dejar el consumo, hay que empezar a **trabajar en el cambio de conducta lo antes posible.**

LA MOTIVACIÓN PUEDE FLUCTUAR, Y UNA PERSONA QUE ESTÁ PREPARADA PARA DEJAR DE FUMAR HOY PUEDE NO ESTARLO MAÑANA, O INCLUSO EN UN INTERVALO DE TIEMPO MÁS BREVE.

Elegiremos el abordaje individual para garantizar una propuesta de tratamiento rápida, lo que nos permitirá flexibilizar la intervención y adaptarla a las necesidades de cada paciente, aunque si en ese momento comienza un grupo en el centro de salud, no hay ningún motivo por el que la embarazada no pueda participar, si así lo desea.

Las dos técnicas de asesoramiento con efectos positivos en la cesación del consumo de tabaco y nicotina en mujeres embarazadas son la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual. Dentro de esta última, algunas técnicas específicas han demostrado ser especialmente beneficiosas: el desarrollo del control de estímulos y la autoobservación, el manejo del craving, del estrés y la ansiedad, el fomento de la autoeficacia, así como el establecimiento de metas y la planificación de acciones.

Cantabria cuenta con un protocolo para el abordaje del consumo de tabaco, recogido en el Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Este protocolo se basa en el tratamiento multicomponente, el más eficaz según la evidencia, e incluye propuestas para la preparación para dejar de fumar, el abandono y el mantenimiento tras la cesación.

En todos los centros de salud se dispone de los cuadernos **Aprendiendo y vivir sin tabaco** (rojo) y **Dejar de fumar es la mejor decisión de tu vida** (verde): el primero orientado a la fase de preparación y el segundo al mantenimiento, ambos con la información necesaria para guiar tanto a pacientes como a profesionales.



CONSULTA DE MATRONA & CONSULTA DE PEDIATRÍA

Se realizará un apoyo oportunista a las mujeres que se encuentran en proceso de cesación, lo estén realizando por su cuenta, incluidas en el programa de apoyo del centro de salud o en la UDESTA.

Se trata de una **oportunidad única para ofrecer un refuerzo positivo que prevenga recaídas, proporcionar recomendaciones** ante posibles dificultades durante el proceso —como los síntomas de abstinencia— **e incluso ajustar el tratamiento** con terapia sustitutiva con nicotina (TSN), si fuera necesario.

Este seguimiento reforzará las intervenciones realizadas y permitirá ofrecer apoyo también a aquellas mujeres que no se hayan adherido a un programa específico contribuyendo a que las pacientes se sientan más apoyadas y perciban la importancia de dejar el consumo de tabaco y nicotina, tanto para su salud como para la de su bebé.

Dado que la nicotina pasa a la leche materna, es especialmente importante que las mujeres no consuman productos de tabaco ni vapeen durante la lactancia. En caso de requerir TSN, se debe explicar cómo usarla adecuadamente para minimizar los riesgos para el lactante.

También pueden proponerse algunas estrategias de control conductual, sugeridas como tareas en la primera sesión de preparación y descritas tanto en el Manual como en el cuaderno rojo. Entre ellas se incluyen la realización de autorregistros, la búsqueda de apoyo social, el retraso del primer cigarrillo de la mañana o fumar en lugares poco reforzadores.

FARMACOTERAPIA DURANTE EL EMBARAZO

Debe desterrarse la creencia errónea de que es preferible fumar a sentirse ansiosa o estresada, tanto en mujeres embarazadas como en cualquier otra persona. **Actualmente, no hay duda de que la madre fume, resulta más perjudicial para la salud del feto que unas semanas de síndrome de abstinencia.** Por tanto, ofrecer consejo para dejar el consumo de tabaco y nicotina es una obligación de todo profesional sanitario implicado en el seguimiento del embarazo.

Debe informarse y aconsejarse a toda mujer embarazada fumadora sobre la necesidad de abandonar de forma inmediata el consumo de tabaco. Dejar de fumar durante el primer trimestre de gestación supone que el feto asuma riesgos similares a los de una gestante no fumadora.

Aunque el asesoramiento y los materiales específicos para el embarazo son herramientas eficaces para muchas mujeres, algunas continúan consumiendo productos de tabaco y nicotina. Estas mujeres suelen presentar una fuerte adicción y mayores dificultades sociales y emocionales. Por ello, **es fundamental individualizar la atención, ofreciendo intervenciones psicosociales, conductuales y, cuando esté indicado, farmacológicas.**

El programa multicomponente de apoyo a la cesación incluye el uso de herramientas farmacológicas. La evidencia nos dice que se debe animar a todas las personas que intentan dejar de fumar a utilizar farmacoterapia, ya que esta incrementa las probabilidades de éxito. Sin embargo, existen circunstancias especiales —como el embarazo y la lactancia— en las que debe extremarse la precaución, dado que la nicotina puede provocar alteraciones en la hemodinámica placentaria que comprometan el adecuado desarrollo fetal.

Conviene, pues, establecer recomendaciones claras sobre el uso de farmacoterapia durante el embarazo.

Las revisiones realizadas proponen lo siguiente:

- Antes de iniciar un tratamiento farmacológico, **la mujer y el profesional deben valorar conjuntamente la relación riesgo/beneficio del mismo.**

- Si el abordaje cognitivo conductual no resulta suficiente y la embarazada tiene una alta dependencia, **debe considerarse el tratamiento farmacológico**. Este debe utilizarse SIEMPRE en combinación con herramientas cognitivo conductuales.
- La **prescripción** del tratamiento farmacológico en la embarazada fumadora debe realizarse **lo antes posible**, ya que cuanto antes se abandone el consumo, mayores serán los beneficios tanto para el feto como para la madre.
- Entre los tratamientos farmacológicos de primera línea disponibles (**Anexo 4**), la citisiniclina está contraindicada, y tanto el bupropión como la vareniclina deben evitarse por la escasa evidencia sobre su seguridad en el embarazo.
- **Se recomienda utilizar preferentemente la terapia sustitutiva con nicotina (Anexo 5)** atendiendo a algunas recomendaciones:
 - **Iniciar su uso lo antes posible, empleando la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible.** Es preferible comenzar antes de las 18-20 semanas de gestación, ya que a partir de ese momento se desarrollan receptores nicotínicos en el cerebro fetal. Durante el segundo y tercer trimestre, la TSN podría tener efectos similares a la exposición al tabaco, aunque no se ha evidenciado un aumento de complicaciones graves para el feto, la madre o el lactante.
 - Se valorará el tipo de TSN más adecuado en cada caso. En general, **se preferirán las formas de administración ad libitum (chicles, comprimidos o spray nasal), ya que permiten un mejor control de la dosis y una menor exposición sostenida.** Cuando se utilicen a demanda, su prescripción debe orientarse a un uso puntual, dirigido al control de episodios de craving (deseo intenso de fumar), personalizando la indicación. En mujeres con náuseas o vómitos frecuentes durante el embarazo, puede ser más adecuado el uso de parches en lugar de chicles.
 - **En caso de utilizar parches, se recomienda preferentemente la formulación de 16 horas** en lugar de la de 24 horas, ya que reduce la exposición diaria a la nicotina y, al menos teóricamente, minimizará el riesgo de toxicidad fetal.

FARMACOTERAPIA DURANTE LA LACTANCIA

La nicotina se excreta en la leche materna en cantidades que pueden afectar al lactante, incluso cuando se administran dosis terapéuticas. De hecho, los niveles de nicotina en la leche pueden ser hasta tres veces superiores a los presentes en sangre. Además, la nicotina tiene una larga vida media y puede permanecer en la leche de 5 a 10 horas después de fumar.

Por ello, **lo ideal es aconsejar a las mujeres lactantes que abandonen el consumo de tabaco sin recurrir a la terapia sustitutiva con nicotina.** No obstante, si esto no es posible, se puede valorar el uso de TSN, ya que representa un riesgo menor que la exposición del bebé al humo del tabaco. En estos casos, se aplicarán **recomendaciones similares a las establecidas durante el embarazo:**

- **Consumir el número mínimo** de chicles o comprimidos necesario para controlar los síntomas de abstinencia.
- **Minimizar la exposición del lactante a la nicotina**, prolongando el intervalo entre la dosis de nicotina y la toma. Se recomienda esperar entre 2 y 3 horas después del uso del chicle o comprimido antes de amamantar.

En cuanto al uso de otros fármacos (**Anexo 4**), la citisiniclina está contraindicada, y tanto el bupropión como la vareniclina no se recomiendan, ya que se excretan en la leche materna y existe escasa evidencia sobre la cantidad transferida y sus posibles efectos secundarios en el lactante.

Acordar un seguimiento

Fundamental para reforzar la abstinencia, prevenir recaídas y controlar el tratamiento farmacológico, en el caso de que haya sido prescrito.

Las visitas de seguimiento deben incluir valoraciones del estado de consumo de tabaco y nicotina, registrándolo en el programa AP Cantabria.

EL PLAN DE SEGUIMIENTO CONSTITUYE UNA PARTE FUNDAMENTAL DEL APOYO PARA DEJAR DE FUMAR; CUANTOS MÁS PROFESIONALES ESTÉN IMPLICADOS, MAYORES SERÁN LAS GARANTÍAS DE ÉXITO.

Aprovechar las visitas de planificación del embarazo, las de control gestacional o las consultas del niño sano para interesarse por el proceso de cesación de la madre será de gran ayuda.

Los controles rutinarios del embarazo pueden utilizarse para identificar las principales dificultades encontradas, buscar apoyos y fortalezas, y elaborar planes de afrontamiento ante posibles situaciones de riesgo.

Debemos **reforzar cualquier avance, proporcionar refuerzo positivo, y animar a la paciente a que verbalice sus logros**, que explique cuáles han sido los momentos más difíciles para mantenerse sin fumar y cómo ha conseguido superarlos.

Se pueden utilizar las **mismas técnicas empleadas al principio del tratamiento**, como el uso de preguntas abiertas y la escucha reflexiva, dos herramientas fundamentales. Es útil abordar las dudas y expectativas —muchas veces poco realistas, como “fumar solo unas caladas de vez en cuando”— y favorecer que la mujer verbalice los beneficios de mantenerse sin fumar tras el parto o al finalizar la lactancia.

Existen algunos momentos especialmente sensibles para la recaída, como el periodo inmediatamente posterior al parto o el fin de la lactancia, que es cuando se producen la mayor parte. Entre el 50 % y 60 % de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo recaen en el primer año posparto. La intervención en esta etapa puede retrasar o prevenir la recaída, por lo que es importante mantener el seguimiento, insistiendo en los efectos perjudiciales de respirar humo de tabaco y aerosoles.

En el caso de mujeres que siguen fumando, se les debe recordar en cada visita la importancia de abandonar el consumo, ofrecer apoyo, y explorar tanto las dificultades como las creencias erróneas que estén afectando a su decisión.

Este también es un buen momento para hablar de los beneficios de un hogar sin humo, transmitir información (siempre pidiendo permiso) sobre el humo de segunda y tercera mano, y de involucrar al entorno cercano —familia, pareja— en el proceso.

MERECE LA PENA INVERTIR TIEMPO Y ESFUERZO EN GARANTIZAR UN ENTORNO LIBRE DE HUMO.

EN RESUMEN:

Recordar que el objetivo es mantenerse sin fumar, para lo que pueden resultar útiles las siguientes pautas:

- Evitar situaciones de riesgo.
- Reconocer las señales que preceden al deseo de fumar.
- Releer e ir ampliando la lista de beneficios de dejar de fumar.
- Utilizar diferentes técnicas para afrontar los deseos de fumar: cambiar de actividad, utilizar un chicle o comprimido de nicotina, caminar, etc.
- Elegir espacios libres de humo.

Y siempre, felicitar por el esfuerzo realizado.



Anexos

- **Anexo 1:** Nuevos productos de consumo de tabaco y nicotina.
- **Anexo 2:** Cómo usar el cooxímetro.
- **Anexo 3:** Cómo derivar a la UDESTA.
- **Anexo 4:** Tratamiento farmacológico.
- **Anexo 5:** Terapia sustitutiva con nicotina.

Anexo 1. Nuevos productos de tabaco y nicotina

Bajo este nombre encontramos una serie de productos que han aparecido en el mercado en los últimos 20 años, como maniobra de las empresas tabacaleras para mantener el consumo y captar nuevos consumidores. Es una estrategia clásica, que ya se utilizó en el siglo XX con la colocación de filtros en los cigarrillos o la aparición del tabaco light, medidas que a priori suponían un consumo de “menos riesgo” y que a la larga produjeron un aumento del consumo al reducir la percepción del riesgo.

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS/VAPERS

Qué son: dispositivos electrónicos que calientan un líquido hasta transformarlo en un aerosol que se inhala.

Los hay recargables (rellenando un depósito), con cartuchos o cápsulas intercambiables (el aparato se carga en la red eléctrica y las cápsulas se van reponiendo, se compran sueltas) y desechables (con una media de 600 a 800 caladas y hasta con 30 000).

El líquido contiene una mezcla de sustancias químicas entre las que se encuentran glicerina, propilenglicol, saborizantes de uso alimenticio y metales pesados.

Utilizan los sabores y aromas como reclamo para captar consumidores.

Presencia de nicotina: tanto los líquidos de relleno como los dispositivos desechables pueden contener nicotina en diferentes concentraciones o no contenerla.

En algunos líquidos etiquetados como libres de nicotina, se han detectado pequeñas cantidades de esta sustancia.

Hay una enorme variabilidad en la nicotina que se absorbe con los diferentes vapors porque no solo depende de la concentración de nicotina etiquetada, sino del tipo de dispositivo, del tipo de nicotina (base libre o sales) y la forma de inhalar.

Las vapors con sales de nicotina permiten una inhalación más suave y una absorción más rápida y eficiente. La mayoría de los vapors desechables, los más vendidos en España, contienen sales de nicotina.

A título orientativo, las equivalencias de 15 inhalaciones en función del tipo de nicotina del líquido, serían:

- 12 mg/ml de nicotina de base libre = 1 cigarrillo.
- 20 mg de sales de nicotina = 2 cigarrillos.

Dónde se comercializan: está permitida su venta en multitud de establecimientos (desde estancos y tiendas especializadas hasta perfumerías o quioscos) y en máquinas expendedoras.

Toxicidad: el aerosol contiene miles de ingredientes potencialmente dañinos o tóxicos; entre ellos, se ha detectado formaldehído, acetaldehído y acroleínas, así como níquel, cromo y plomo, que proceden de reacciones químicas de los componentes. Estas sustancias están clasificadas como cancerígenas. También contienen glicerina y propilenglicol, que producen un importante daño en los pulmones.

Los sabores, los productos químicos e ingredientes añadidos y la capacidad de calentamiento del dispositivo influyen en la cantidad de daños a los que está expuesto quien los usa y quien inhala el aerosol emitido.

Los que contienen nicotina suman a los efectos perjudiciales de estas sustancias la toxicidad de esta.

- En el embarazo, la nicotina y otras sustancias tóxicas atraviesan la barrera placentaria y llegan al feto.
- Durante la lactancia, la nicotina se excreta en la leche y las sustancias tóxicas que exhalas pueden perjudicar al bebé.

Se pueden producir accidentes derivados de la ingestión de los líquidos o del sobrecalentamiento de las baterías, que puede provocar que los dispositivos se incendien o exploten.

Utilidad para dejar de fumar: no hay estudios concluyentes de que sean eficaces para dejar de fumar. En muchos casos se deja de fumar y se continúa vapeando o se produce un consumo dual, se sigue fumando y se vapea en lugares donde no se puede fumar.

PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO

Qué son: dispositivos electrónicos que calientan tabaco procesado (en cigarrillos o en polvo) sin llegar a temperaturas de combustión.

Además del tabaco, contienen otros aditivos, como glicerina y propilenglicol.

Es frecuente identificarlos por el nombre de la marca más vendida en España (IQOS).

Aunque son también dispositivos electrónicos, NO son cigarrillos electrónicos/vapers ya que sirven para consumir tabaco procesado, no líquidos.

Presencia de nicotina: son productos del tabaco y, por lo tanto, contienen nicotina. En un estudio realizado en el 2017 con uno de los dispositivos más vendido en España, la cantidad de nicotina por cigarrillo era del 84 % de la presente en un cigarrillo convencional.

En caso de registrar el consumo de este tipo de tabaco en la historia en APCantabria, se anotarán los cigarrillos igual que si fueran los convencionales, ya que una persona fumadora aumenta la frecuencia o la intensidad de las caladas como mecanismo compensador para obtener la cantidad de nicotina a la que está acostumbrada.

Dónde se comercializan: los cigarrillos se compran en el estanco.

El dispositivo se puede comprar en tiendas especializadas, en estancos, en grandes superficies y online (se puede comparar a comprar una pipa).

Toxicidad: son tabaco, por lo que contienen sustancias cancerígenas (formaldehído, acetaldehído y nitrosaminas). En relación con el cigarrillo convencional, la proporción de muchas sustancias es menor, aunque de algunas, como el acenafteno (hidrocarburo policíclico aromático

cancerígeno) puede ser el doble. Al no producirse combustión, la cantidad de monóxido de carbono es menor (por ello, la cooximetría no sirve para valorar su toxicidad).

Como todas las formas del tabaco, son peligrosos para la salud y generan adicción.

Su uso supone la emisión de sustancias peligrosas, por lo que NO es inocuo para las personas alrededor de quien los consume.

Utilidad para dejar de fumar: no es un producto para dejar de fumar. Es una forma de consumir tabaco.

BOLSAS DE NICOTINA

Qué son: producto para uso oral, sin tabaco, compuesto por nicotina, mezclada con fibras vegetales y presentada en sobres monodosis. Se conocen también como "nicotine pouches". Se consume colocándose en la encía, no se fuma. La nicotina es absorbida por la mucosa oral. El usuario suele mantener el producto en la boca durante unos 30 minutos y los efectos duran aproximadamente una hora.

Contienen saborizantes y edulcorantes utilizados como reclamo para captar consumidores.

A menudo se las nombra como snus porque la forma de la bolsa y el modo de administración es el mismo, pero el snus son bolsas rellenas de tabaco (su venta está prohibida en la Unión Europea) y las bolsas de nicotina no son tabaco.

Presencia de nicotina: contienen nicotina sintética o extraída del tabaco, generalmente entre 3 y 50 mg. (lo que equivale a entre 2 mg y 33 mg por bolsita). Se pueden encontrar en el mercado bolsas con concentraciones de hasta 150 mg. Su formulación como sal de nicotina es altamente adictiva.

Al menos la mitad del contenido de nicotina de cada bolsa puede ser absorbido, alcanzando niveles relevantes en sangre semejantes a los alcanzados tras el consumo de cigarrillos convencionales y en algunos cigarrillos electrónicos o incluso superiores.

Dónde se comercializan: se venden en estancos y online.

Toxicidad: la nicotina provoca cambios estructurales y funcionales a nivel cerebral, deteriora la memoria y la atención y provoca adicción; promueve daño vascular y cáncer.

Contienen saborizantes afrutados y dulces —siendo el mentol el más popular—, celulosa microcristalina y otros ingredientes, como agentes alcalinos que elevan el pH para aumentar la liberación de nicotina.

La nicotina atraviesa la placenta humana durante todo el embarazo.

Las concentraciones de nicotina en la placenta, en el líquido amniótico y en el suero fetal son mayores que en el suero materno. Ello puede incrementar el riesgo de muerte fetal. Se han determinado las concentraciones de nicotina posparto tanto en la leche materna como en suero, y se ha descubierto que la concentración en la leche materna es 2,9 veces mayor que en el suero.

Poseen efectos cardiovasculares bien definidos; en cambio, no podemos definir los efectos tóxicos a largo plazo por falta de datos en la actualidad.

Cuando contienen una alta dosificación, los niveles de nicotina en sangre pueden superar incluso a los que se alcanzan al fumar cigarrillos convencionales, lo que potencia su capacidad adictiva de manera alarmante.

Utilidad para dejar de fumar: no son un producto para dejar de fumar, pueden provocar recaídas y son una puerta de entrada al consumo de tabaco.

Anexo 2: Cómo usar el cooxímetro

El cooxímetro es un monitor que permite medir el contenido de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado.

Cuando se inhala, el CO compite con éxito con el oxígeno en la sangre para formar carboxihemoglobina (COHb) y esto produce una disminución del oxígeno que se fija a la hemoglobina y, por lo tanto, de su aporte al organismo.

Mediante la cooximetría se mide la cantidad de monóxido de carbono en el aliento, que es una manera indirecta y no invasiva de medir el nivel de carboxihemoglobina en sangre (% COHb).

Los resultados de la medida se expresan en partes por millón (ppm) de CO en aire espirado.

INSTRUCCIONES DE CÓMO USAR EL COOXÍMETRO

Hay dos modelos de cooxímetro que aportan lectura de carboxihemoglobina fetal, el piCObabyTMSmokerlyzer® y el micro+™ Smokerlyzer®, con pequeñas diferencias.

| pico ^{baby} ™ Smokerlyzer® | micro+™ Smokerlyzer® | |
|--|---|--|
|  | <p>Presionar el botón de encendido 1 vez para encender el dispositivo.</p> <p>Presionar el icono de prueba de la respiración que aparece en pantalla (En el micro, femenino o masculino).</p> |  |
|  <p>Colocar la pieza D y una boquilla desechable.</p> | | |

pico^{baby}™ Smokerlyzer®

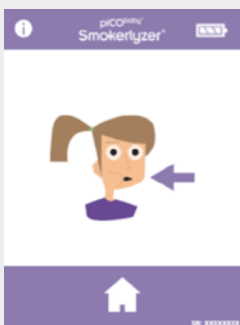
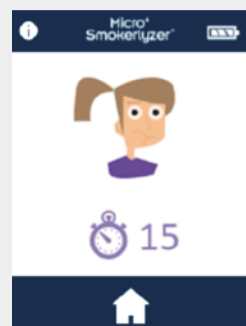
micro⁺™ Smokerlyzer®



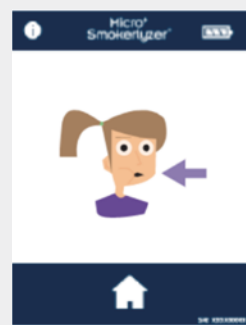
El dispositivo puede mostrar esta pantalla un momento cuando el sensor se pone a cero.



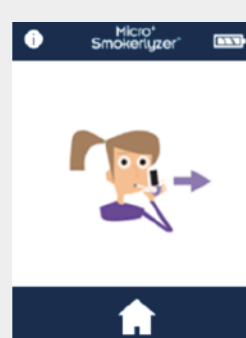
Inhalar y retener la respiración durante la cuenta regresiva de 15 segundos.
Para cancelar la prueba, presionar el botón de inicio en cualquier momento.



Se escuchará un bip durante los últimos 3 segundos de la cuenta regresiva.

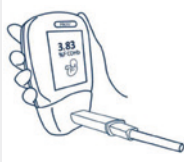


Soplar lentamente en la boquilla, intentando vaciar los pulmones por completo.
(No se fuerza como al realizar una espirometría)



pico^{baby}™ Smokerlyzer®

micro⁺™ Smokerlyzer®



Los ppm de CO y los niveles de %COHb o %FCOHb equivalentes aumentarán y se mantendrán en pantalla.



En ambos dispositivos el número grande son las partes por millón de monóxido de carbono (ppm CO).

Según ese nivel, en el pico^{baby} aparece el cálculo de la carboxihemoglobina materna (%COHb) y de la fetal (%FCOHb), y en el Micro⁺ aparece la carboxihemoglobina materna y un icono del feto.



En el Micro⁺, pulsando el icono del feto se leerá el valor de %FCOHb.



Retirar la pieza D entre prueba y prueba para purgar el sensor con aire fresco.

Para apagar la unidad, presionar y mantener presionado el botón de encendido durante 3 segundos. También se apagará después de 2 minutos de inactividad.

Cuando se registra una lectura alta, el sonido del dispositivo puede silenciarse presionando el icono de volumen.

Para repetir la prueba de la respiración, presionar el icono de inicio una vez, ya que esto permite volver a la pantalla de inicio.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El dispositivo se ilumina como un semáforo de acuerdo al valor de la cooximetría:

| COLOR DEL SEMÁFORO | LECTURA (PPM) | |
|---------------------|----------------------|------------------------|
| | MICRO ⁺ ™ | PICO ^{BABY} ™ |
| Verde | 0 - 6 | 0 - 3 |
| Ámbar | 7 - 9 | 4 - 6 |
| 1 Rojo | 10 - 15 | 7 - 10 |
| 2 Rojo | 16 - 25 | 11 - 15 |
| 3 Rojo | 26 - 35 | 16 - 25 |
| 3 Rojo intermitente | >36 | >26 |

El punto de corte algo inferior durante el embarazo se debe a que el CO desaparece rápidamente del aire expirado (el nivel puede descender un 50 % en 4 horas). Un nivel bajo de CO ayuda a que el consumo o la exposición no pasen desapercibidos.

Aunque habrá que tener en cuenta las diferencias individuales en cuanto a la forma de fumar o la exposición al humo ambiental del tabaco, puede servir como orientación la siguiente pauta a la hora de interpretar los valores:

De 1 a 4 ppm: persona no fumadora.

De 5 a 6 ppm: persona no fumadora expuesta (que vive en una ciudad con contaminación o respira humo ambiental de tabaco o aerosoles) o persona fumadora de pocos cigarrillos.

De 7 a 9 ppm: persona fumadora que no ha fumado durante unas horas u persona no fumadora expuesta.

A partir de 10 ppm: persona fumadora.

Si la embarazada no fuma, pero tiene un nivel de monóxido de carbono de 3 ppm o más, ayúdela a identificar la fuente de monóxido de carbono y reducirla.

Si la embarazada dice que no fuma, no confrontar ante una sospecha de consumo. Le informaremos sobre una posible intoxicación por monóxido de carbono, valorando las fuentes de exposición, como puede ser en la instalación del gas en casa. Es importante mostrarse abierta a futuras conversaciones sobre el tema invitando a repetir la prueba en otra cita y resaltando la importancia de no respirar humo ambiental.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MEDIDA DEL CO

La vida media de eliminación del CO es corta, normalizándose a las 48-72 horas de no consumir.

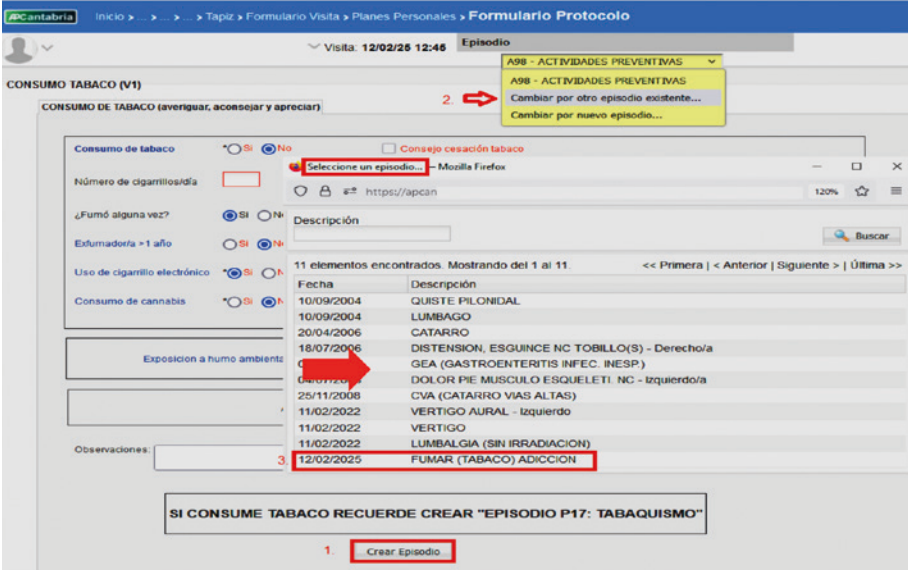
Las concentraciones de CO en el aire espirado se ven influidas por:

- El consumo de tabaco y/o productos susceptibles de liberación de nicotina.
- La inhalación del humo, el número de caladas o la profundidad de las mismas.
- El tiempo transcurrido desde la inhalación del último cigarrillo hasta la realización de la prueba.
- El efecto de otras exposiciones ambientales, como pueden ser los gases de automóviles, la mala combustión de calderas o la inhalación de humo ambiental de tabaco.
- La forma de soplar de la persona al realizar la prueba.
- La actividad física disminuye la vida media del CO y el sueño la incrementa.
- En pacientes con intolerancia a la lactosa los valores de la cooximetría podrían ser más elevados.

Ante una cooximetría que no coincide con la cesación que declara la persona, hay que descartar la posible exposición a fuentes de monóxido de carbono.

Anexo 3: Cómo Derivar a la UDESTA (Unidad De Deshabitación Tabáquica)

Si no está creado, se generará el episodio de tabaquismo. Para ello, se elige el problema buscando por palabra clave, descripción o código P17 y queda automáticamente creado:



CONSUMO TABACO (v1)

CONSUMO DE TABACO (averiguar, aconsejar y apreciar)

Consejo cesación tabaco: Si No

1. **Crear Episodio**

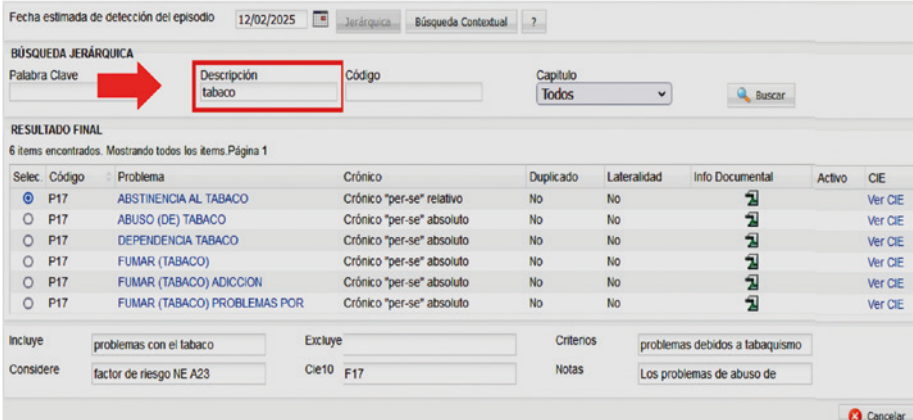
11 elementos encontrados. Mostrando del 1 al 11

| Fecha | Descripción |
|------------|--|
| 10/09/2004 | QUISTE PILONIDAL |
| 10/09/2004 | LUMBAGO |
| 20/04/2006 | CATARRO |
| 18/07/2006 | DISTENSION, ESGUINCE NC TOBILLO(S) - Derecho/a |
| 04/07/2006 | GEA (GASTROENTERITIS INFEC. INESP) |
| 04/07/2006 | DOLOR PIE MUSCULO ESQUELETI. NC - Izquierdo/a |
| 25/11/2008 | CVA (CATARRO VIAS ALTAS) |
| 11/02/2022 | VERTIGO AURAL - Izquierdo |
| 11/02/2022 | VERTIGO |
| 11/02/2022 | LUMBALGIA (SIN IRRADIACION) |
| 12/02/2025 | FUMAR (TABACO) ADICCION |

3

SI CONSUME TABACO RECUERDE CREAR "EPISODIO P17: TABAQUISMO"

Buscar por palabra clave "Tabaco" o código P17:



Fecha estimada de detección del episodio: 12/02/2025

BÚSQUEDA JERÁRQUICA

Palabra Clave: **tabaco**

RESULTADO FINAL

6 items encontrados. Mostrando todos los items. Página 1

| Selec. | Código | Problema | Crónico | Duplicado | Lateralidad | Info Documental | Activo | CIE |
|----------------------------------|--------|------------------------------|---------------------------|-----------|-------------|-----------------|--------------------------|---------|
| <input checked="" type="radio"/> | P17 | ABSTINENCIA AL TABACO | Crónico "per-se" relativo | No | No | | <input type="checkbox"/> | Ver CIE |
| <input type="radio"/> | P17 | ABUSO (DE) TABACO | Crónico "per-se" absoluto | No | No | | <input type="checkbox"/> | Ver CIE |
| <input type="radio"/> | P17 | DEPENDENCIA TABACO | Crónico "per-se" absoluto | No | No | | <input type="checkbox"/> | Ver CIE |
| <input type="radio"/> | P17 | FUMAR (TABACO) | Crónico "per-se" absoluto | No | No | | <input type="checkbox"/> | Ver CIE |
| <input type="radio"/> | P17 | FUMAR (TABACO) ADICCION | Crónico "per-se" absoluto | No | No | | <input type="checkbox"/> | Ver CIE |
| <input type="radio"/> | P17 | FUMAR (TABACO) PROBLEMAS POR | Crónico "per-se" absoluto | No | No | | <input type="checkbox"/> | Ver CIE |

Incluye: problemas con el tabaco

Excluye:

Criterios: problemas debidos a tabaquismo

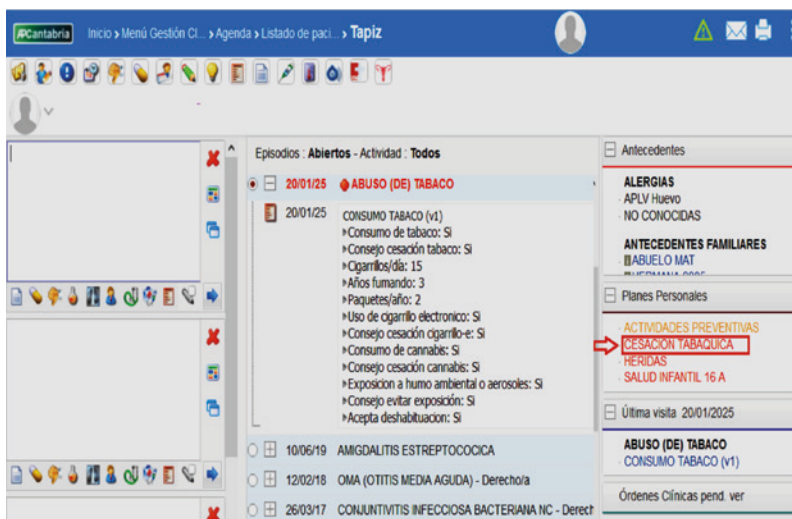
Considere: factor de riesgo NE A23

Cie10: F17

Notas: Los problemas de abuso de

Cancelar

Habiendo creado el episodio "P17: TABAQUISMO", es preciso haber marcado en el protocolo CONSUMO TABACO (v1) el campo "ACEPTA CESACIÓN = Si", para que se active el Plan Personal CESACIÓN TABÁQUICA.



El Plan Personal consta de 3 protocolos:

TABACO VALORACIÓN (v1)

TABACO PREPARACIÓN (v1)

TABACO MANTENIMIENTO (v1)

Inicialmente se activarán los protocolos TABACO VALORACIÓN (v1) y TABACO PREPARACIÓN (v1) que según se vayan cumplimentando activarán las diferentes actividades a realizar:

| FILTRO DE BÚSQUDA | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------|
| Ver | Vigentes | Realizado por | Médico |
| | | Fecha Prevista | Todas |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mostrar Planes Personales | | <input type="checkbox"/> Ver actividades obligatorias no realizadas | |
| ACTIVIDADES DE PLANES PERSONALES | | | |
| Vista de búsqueda | | Vista Ejecutiva | |
| <input type="checkbox"/> Actividades realizadas | | | |
| <input type="checkbox"/> | INMUN. RUBEOLA (1+SI+NO) | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | VIOLENCIA DE PAREJA | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | PAPPS | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | HABITO ALCOHOLICO | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | INFORMACION ANTICONCEPCION | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | PESOTALLAMC | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | PESO (KG) | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | TETANOS-DIFTERIA *(1+1) | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | RESULTADOS ANALITICA COVID-19 | 27/01/2025 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | CONSUMO TABACO (v1) | 20/01/2025 | ABUSO (DE) TABACO |
| <input type="checkbox"/> | CESACION TABAQUICA | | ACTIVIDADES PREVENTIVAS |
| <input type="checkbox"/> | TABACO VALORACION (v1) | 27/01/2025 | ABUSO (DE) TABACO |
| <input type="checkbox"/> | TABACO PREPARACION (v1) | 27/01/2025 | ABUSO (DE) TABACO |
| <input type="checkbox"/> | HERIDAS | | |
| <input type="checkbox"/> | VALORACION HERIDAS | 27/01/2025 | CORTE (HERIDA) |
| <input type="checkbox"/> | SEGUIMIENTO HERIDAS | 27/01/2025 | CORTE (HERIDA) |

En el protocolo TABACO VALORACIÓN se encuentra la posibilidad de derivar a la paciente a la UDESTA, ya que embarazo y lactancia son criterios para poder realizar la derivación a esta unidad especializada. Es un campo de Si/No y cuando se marca "Si" se activa el campo Motivo derivación a UDESTA para seleccionar lo que proceda.

TABACO VALORACION

Edad inicio tabaco Número de cigarrillos/día Años fumando Paquetes/año

¿Qué consume? Día D

Derivación UDESTA Si No Motivo derivación UDESTA

INTENTOS PREVIOS

¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar?

¿Cuánto tiempo máximo estuvo sin fumar? Años Meses Días

Observaciones: (motivos recaída, efectos secundarios fármaco, otros)

Dos intentos previos
 Patología psiquiátrica severa
 Patologías graves
 Embarazo y lactancia
 Personal sanitario
 Otras dependencias

APOYO FARMACOLOGICO Si No

Prescrito

Financiado

CREAR EPISODIO P17.1 EN CASO DE PRESCRIPCIÓN FINANCIADA

Terapia sustitutiva de nicotina Fármacos para dejar de fumar

Observaciones:

TEST DE FAGERSTRÖM REDUCIDO

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

+30-3 / 21-30=2 / 11-20=1 / -10=0

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?

+5=3 / 6-30=2 / 31-60=1 / +60=0

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

0-2=baja / 3-4=moderada / 5-6=alta

TOTAL

REGISTRO DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA (de 0 a 10)

Ganas de fumar Nerviosismo

Irritabilidad Ansiedad

Estreñimiento Cansancio

Aumento apetito Irritación de garganta

Observaciones:

TOTAL

Impaciencia

Dificultad de concentración

Trastornos del sueño

Tristeza

Aparece la interconsulta a UDESTA en el Plan Personal:

Inicio » Menú Gestión Cl. » Agenda » Topor » Formularios Vista » Planes Personales

57 a 67 Vista: 2

FILTRO DE BÚSQUEDA

Ver Realizado por Fecha Prevista

Mostrar Planes Personales Ver actividades obligatorias no realizadas

ACTIVIDADES DE PLANES PERSONALES

Vista Ejecutiva Actividades realizadas

| Actividad | Fecha Inicio | Fecha Fin | Realizado | Completado |
|---|--------------|------------|-------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> PESO (KG) | 29/01/2025 | | Ambo | No |
| <input type="checkbox"/> TETANOS-DIFTERIA P (16-1) | 29/01/2025 | | Ambo | No |
| <input type="checkbox"/> ERRADICACION HEPATITIS C | 29/01/2025 | | ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROGRAMADAS | No |
| <input type="checkbox"/> RESULTADOS ANALITICA COVID-19 | 29/01/2025 | | ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROGRAMADAS | No |
| <input type="checkbox"/> CONSUMO TABACO (v1) | 29/01/2025 | 29/01/2027 | ACTIVIDADES PREVENTIVAS P... | No |
| <input checked="" type="checkbox"/> CESECCION TABAGICA | | | | |
| <input type="checkbox"/> TABACO VALORACION (v1) | 29/01/2025 | 06/01/204 | FUMAR (TABACO) | No |
| <input type="checkbox"/> DERIV. UDESTA | 29/01/2025 | 29/01/2025 | FUMAR (TABACO) | No |
| <input type="checkbox"/> TABACO PREPARACION (v1) | 29/01/2025 | | FUMAR (TABACO) | No |
| <input checked="" type="checkbox"/> DISLIPEMIA | | | | |
| <input type="checkbox"/> RIESGO CARDIOVASCULAR (N) | 29/01/2025 | | HIPERCOLESTEROLEMIA | No |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL LDL | 148 | 28/12/2020 | 29/01/2025 | HIPERCOLESTEROLEMIA |
| <input type="checkbox"/> ECG | 29/01/2025 | | HIPERCOLESTEROLEMIA | No |
| <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO CRONICO ENFERMERIA | 29/01/2025 | | HIPERCOLESTEROLEMIA | No |
| <input type="checkbox"/> CRONICOS (REV MEDICA) | 29/01/2025 | | HIPERCOLESTEROLEMIA | No |
| <input type="checkbox"/> EDUCACION TERAPEUTICA INDIVIDUAL | 29/01/2025 | | HIPERCOLESTEROLEMIA | No |

Al pulsar sobre DERIV. UDESTA, se abre directamente la pantalla de interconsultas con los campos cumplimentados, salvo el de "Motivo de la interconsulta", que es el que debemos rellenar manualmente.

Anexo 4: Tratamiento Farmacológico

Aunque no son la recomendación de primera elección en la cesación tabáquica de la mujer embarazada, es conveniente conocer los fármacos disponibles para la cesación de tabaco y nicotina, bien porque la mujer los esté ya utilizando cuando la vemos por primera vez, bien porque haya finalizado la lactancia cuando realice el intento de dejar de fumar o bien porque un profesional sanitario se lo haya prescrito dentro de un programa de cesación.

Para garantizar el mantenimiento de la abstinencia y aumentar la eficacia de estos tratamientos deben utilizarse junto con apoyo cognitivo conductual, dentro de un programa de cesación.

Los fármacos aquí mencionados requieren prescripción y están financiados por el Sistema Nacional de Salud cumpliendo con los siguientes requisitos:

- Se financia un intento por persona y año.
- Se realiza la prescripción para un envase (que equivale a 1 mes de tratamiento) que se renueva en las citas de mantenimiento o de seguimiento del programa de cesación.
- Prescripción financiada un máximo de 12 semanas.
- Requisitos que deben cumplir los pacientes:
 - Estar incluidos en el programa de cesación tabáquica (individual o en grupo);
 - Tener registrado al menos un intento, para dejar de fumar, en los últimos 12 meses;
 - Fumar ≥ 10 cigarrillos/día,
 - Tener una puntuación en el test de Fagerström ≥ 7 (abreviado ≥ 4).

Si existe abandono del tratamiento o recaída, se debe cerrar la prescripción/ indicación en APCantabria para evitar confusiones y duplicidades.

En el cuaderno rojo, Aprendiendo a Vivir Sin Tabaco, encontramos instrucciones sobre cómo usar cada fármaco y los principales efectos secundarios. En este documento se incluye información adicional sobre contraindicaciones o precauciones, dirigidas a los profesionales. Ante cualquier duda, se debe consultar la ficha técnica.

ES FUNDAMENTAL INSISTIR EN QUE DEJAR DE FUMAR ES UN CAMBIO DE CONDUCTA Y PARA GARANTIZAR LA ABSTINENCIA NO SUELE RESULTAR SUFICIENTE TOMAR UN FÁRMACO.

BUPROPIÓN SR

PRESENTACIONES

Comprimidos de 150 mg.

DOSIS/DURACIÓN

Se debe comenzar el tratamiento entre 7 y 14 días antes de dejar de fumar, con un comprimido de 150 mg por la mañana.

Para la mayoría de las personas la dosis de 150 mg/día será suficiente durante todo el tratamiento, lo que disminuye la posibilidad de efectos adversos, especialmente insomnio.

En algunos casos (alta dependencia, antecedentes de depresión) se puede aumentar la dosis a 300 mg/día, en dos tomas de 150 mg con un intervalo mínimo de 8 horas.

Nunca debe sobrepasarse la dosis de 150 mg en una sola toma.

La duración del tratamiento es de 8 a 12 semanas.

EFFECTOS ADVERSOS

Se mencionan los más frecuentes. Consultar la ficha técnica del fármaco ante cualquier duda.

- Insomnio.
- Cefalea.
- Sequedad de boca y alteraciones del sentido del gusto.
- Reacciones cutáneas/hipersensibilidad.
- Si aparecen con 150 mg dos veces al día, reducir la dosis a una pastilla al día suele ser suficiente para reducirlos.
- Aumento de la presión arterial.

CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad al producto.
- Trastorno convulsivo actual o antecedentes.
- Tumor del sistema nervioso central.
- Cirrosis hepática grave.
- Deshabitación brusca de alcohol o benzodiazepinas.
- Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia.
- Uso de IMAO en los 14 días previos.
- Historia de trastorno bipolar.
- Infancia, adolescencia, embarazo y lactancia.

PRECAUCIONES

- En insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y personas ancianas, la dosis recomendada es de 150 mg/día.
- No debe usarse si el umbral convulsivo está disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos), salvo que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos, la dosis será 150 mg/día.
- Interacciones con otros medicamentos.

PRESENTACIONES

Comprimidos de 0,5 y de 1 mg.

Podemos encontrarla en dos tipos de envase:

- Envase de inicio: se divide en cuatro semanas, la primera con comprimidos de 0,5 mg y las siguientes con comprimidos de 1 mg.
- Envase de mantenimiento: en el que todos los comprimidos son iguales (existen envases de 1 mg y de 0,5 mg).

DOSIS/DURACIÓN

- Días 1º al 3º: 0,5 mg una vez al día (por la mañana).
- Días 4º al 7º: 0,5 mg dos veces al día (una por la mañana y otra por la tarde).
- Entre el 7º y el 15º elegir día para dejar de fumar (día D).
- Desde el día 8º hasta fin de tratamiento: 1 mg dos veces al día.

La duración del tratamiento es de 12 semanas. Se reducirá la toma gradualmente para evitar los síntomas de abstinencia.

Los comprimidos deben tragarse enteros con un vaso grande de agua y preferiblemente con el estómago lleno para reducir las náuseas.

Se puede prologar la duración del tratamiento hasta seis meses, aunque los tres meses adicionales no estarán financiados.

EFECTOS ADVERSOS

Se mencionan los más frecuentes.

- Náuseas y vómitos.
- Cefalea.
- Insomnio y sueños anormales.
- Estreñimiento y flatulencia.

Si aparecen efectos secundarios puede reducirse la dosis de forma temporal o permanentemente a 0,5 mg dos veces al día o a 1 mg por la mañana.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al producto o excipientes.

PRECAUCIONES

- No existen interacciones clínicamente significativas.
- No se recomienda su uso en menores de 18 años.
- No usar en embarazo ni lactancia.
- En insuficiencia renal grave, disminuir dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina).
- No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia, ni en otras afecciones que pueden disminuir el umbral convulsivo.

CITISINA/CITISINICLINA

PRESENTACIONES

Comprimidos de 1,5 mg, envase de 100.

DOSIS/DURACIÓN

La duración total del tratamiento son 25 días, aunque está en estudio ampliarla.

- Del día 1º al 3º: 1 comprimido cada 2 horas. Máximo 6 al día.
- Del día 4º al 12º: 1 cada 2,5 horas. Máximo 5 al día.
- Del día 13º al 16º: 1 cada 3 horas. Máximo 4 al día.
- Del día 17º al 20º: 1 cada 5 horas. Máximo 3 al día.
- Del día 21º al 25º: 1-2 comprimidos al día.

Se deja de fumar el quinto día de tratamiento. Continuar fumando durante el tratamiento puede empeorar las reacciones adversas.

EFFECTOS ADVERSOS

Las más frecuentes son los trastornos gastrointestinales.

También pueden aparecer con frecuencia:

- Aumento del apetito.
- Ansiedad.
- Mareos.
- Trastornos del sueño.
- Cefaleas.
- Taquicardia.
- Hipertensión.
- Erupción cutánea.
- Mialgia.
- Fatiga.

CONTRAINDICACIONES

Se considera un fármaco seguro, aunque existe una falta de datos concluyentes en pacientes que padecen afecciones cardíacas o trastornos psiquiátricos concomitantes.

- Antecedentes de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular reciente (4 semanas).
- Arritmias con relevancia clínica.
- Embarazo y lactancia.

PRECAUCIONES

- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia cardíaca e hipertensión.
- Feocromocitoma.
- Aterosclerosis y otras vasculopatías periféricas.
- Úlcera gástrica y duodenal, enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes.
- Esquizofrenia.
- Evitar su uso con medicamentos antituberculosos.
- No hay experiencia clínica en personas con insuficiencia renal o hepática, en mayores de 65 años o menores de 18 años por lo que no está recomendado su uso en dicha población.
- Se desconoce si puede reducir la eficacia de los anticonceptivos hormonales sistémicos por lo que se debe añadir un método barrera.

Anexo 5: Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

Es recomendable utilizar estos fármacos junto con apoyo cognitivo-conductual, dentro de un programa de cesación, tanto para aumentar su eficacia como para garantizar el mantenimiento de la abstinencia.

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) es un producto sanitario usado para reemplazar la nicotina que recibe el cuerpo mediante cualquier forma de consumo, ya sea fumando tabaco, productos de tabaco calentado, vapeando o utilizando nuevas formas de consumo. Su objetivo es disminuir los síntomas de abstinencia durante el proceso de cesación, administrando nicotina sin componentes perjudiciales.

Existen varias formas de administrar nicotina en un proceso de cesación: una de absorción a través de la piel (parches) y tres de absorción por la mucosa de la boca (chicles, comprimidos y espray). Todas ellas son útiles y ayudan con los síntomas de abstinencia.

Cualquiera de las presentaciones de terapia sustitutiva con nicotina se puede combinar o alternar con el resto. La combinación de parches más una forma de dispensación rápida (chicles, comprimidos o espray) es más eficaz que una forma sola.

Estos productos no están financiados y no precisan receta para su dispensación.

| | PARCHES | CHICLES | COMPRIMIDOS PARA CHUPAR | ESPRAY BUCAL |
|-----------------------|--|--|-------------------------|--|
| PRESENTACIONES | <ul style="list-style-type: none"> De 16 horas: 10 y 15 mg. De 24 horas: 7, 14 y 21 mg. | 2 y 4 mg. | 1; 1,5; 2 y 4 mg. | Cada aplicación es de 1 mg. |
| DOSIS | <p>Un parche al día durante 8 semanas.</p> <p>Usar los de 24 horas en caso de trabajo a turnos o consumo por la noche.</p> <p>Si hay insomnio, usar los de 16 horas.</p> <p>Se puede recomendar utilizar un parche la noche previa al día D, sobre todo en personas que fuman nada más levantarse.</p> | <p>Se pueden usar como rescate, para momentos puntuales de ganas intensas o con una pauta fija, como tratamiento de base (por ejemplo, 1 chicle por hora).</p> <p>Disminuir el consumo gradualmente.</p> <p>Dosis máxima recomendada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chicles de 2mg: hasta 25 piezas al día. Chicles de 4mg: hasta 15 piezas al día. Comprimidos: hasta 60 mg al día. | | <p>Las primeras semanas realizar una o dos pulverizaciones cuando tenga ganas de fumar.</p> <p>A partir de la semana 7 ir reduciendo el uso de manera gradual hasta dejarlo.</p> <p>Dosis máxima recomendada:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 pulverizaciones por aplicación. 4 pulverizaciones por hora. 64 pulverizaciones por día. <p>No usar más de 6 meses.</p> |
| | <p>En personas con alta dependencia o con importante síndrome de abstinencia se pueden combinar los parches con cualquiera de las formas de uso de nicotina.</p> | | | |

| | PARCHES | CHICLES | COMPRIMIDOS PARA CHUPAR | ESPRAY BUCAL |
|-----------------------------|---|--|--|--------------|
| INSTRUCCIONES | <ul style="list-style-type: none"> Colocarlos y retirarlos por la mañana. Utilizar sobre piel sana y sin vello, preferiblemente por encima de la cintura. En mujeres, no aplicar sobre el pecho o nalgas. Cambiar el lugar de colocación cada día para evitar irritación. | <ul style="list-style-type: none"> Masticar o chupar hasta percibir un sabor «picante». Colocar el chicle o comprimido en la encía para que la nicotina se absorba. No tragar la saliva cuando pica, dejar unos segundos en la boca. Cuando disminuya el sabor, volver a masticar. Evitar consumir café, bebidas ácidas o refrescos mientras se usan ya que interfieren con la absorción. En 30 minutos habrá liberado toda la nicotina. | <ul style="list-style-type: none"> Pulverizar en el interior de la boca, evitando los labios. No inhalar mientras se aplica para evitar la entrada de la pulverización en la garganta (absorción oral como chicles o comprimidos). | |
| EFFECTOS SECUNDARIOS | <ul style="list-style-type: none"> Irritación de la piel. Insomnio y pesadillas. Cefaleas. | <ul style="list-style-type: none"> Molestias en la boca o garganta. Trastornos digestivos si no se emplean de forma correcta, es decir, si se traga la saliva antes de tiempo. | <ul style="list-style-type: none"> Hipo. Irritación en la boca y garganta. Alteración del gusto. | |
| CONTRAINDICACIONES | <ul style="list-style-type: none"> Dermatitis generalizada (parches). Enfermedad cardiovascular aguda o inestable. Úlcera gastroduodenal activa. | | | |
| PRECAUCIONES | <ul style="list-style-type: none"> Embarazo y lactancia. No recomendado su uso en niños, puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico. Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, feocromocitoma, hipertiroidismo, insuficiencia hepática o renal grave. Insuficiencia cardíaca avanzada. | | | |



Bibliografía

1. Ahmad El-Hellani, et al. Nicotine and carbonyl emissions from popular electronic cigarette products: correlation to liquid composition and design characteristics. *Nicotine Tob Res.* 2018;215-23. doi:10.1093/ntr/ntw280.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Tobacco and nicotine cessation during pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 807. *Obstet Gynecol.* 2020;135:e221-
3. Bauld L, Graham H, Sinclair L, Flemming K, Naughton F, Ford A, et al. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. *Health Technol Assess.* 2017;21(36).
4. Behbod B, Sharma M, Baxi R, Roseby R, Webster P. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1: CD001746. doi:10.1002/14651858.CD001746.pub4.
5. Benowitz NL. The central role of pH in the clinical pharmacology of nicotine: implications for abuse liability, cigarette harm reduction and FDA regulation. *Clin Pharmacol Ther.* 2022;111(5):1004-6. doi:10.1002/cpt.2555.
6. British Medical Association. Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London: BMA; 2004.
7. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Bolsitas de nicotina ("nicotine pouches"). Ministerio de Sanidad. Unidad de prevención del tabaquismo; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/NicotinePouches_informe.pdf
8. Cardenas VM, et al. Dual use of cigarettes and electronic nicotine delivery systems during pregnancy and the risk of small for gestational age neonates. *Ann Epidemiol.* 2020;52:86-92.e2.

9. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3:CD010078. doi:10.1002/14651858.CD010078.pub3.
10. Chen HL, Cai JY, Zha ML, Shen WQ. Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2018 Mar 8;40(2):97-105. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1415881>
11. Cho YJ, Mehta T, Hinton A, et al. E-cigarette nicotine delivery among young adults by nicotine form, concentration, and flavor: a crossover randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2024;7(8): e2426702. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.26702.
12. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Santander; 2010. Disponible en: <https://saludcantabria.es/formaci%C3%B3n-en-adicciones>
13. Córdoba R. Abordaje del tabaquismo pasivo en el embarazo y la infancia. *FMC.* 2025;32:58-63. doi:10.1016/j.fmc.2024.06.001.
14. Daly JB, Mackenzie LJ, Freund M, Wolfenden L, Roseby R, Wiggers JH. Interventions by health care professionals who provide routine child health care to reduce tobacco smoke exposure in children: a review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2016;170(2):138-47. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.3342.
15. De Wilde KS, Trommelmans LC, Laevens HH, Maes LR, Temmerman M, Boudrez HL. Smoking Patterns, Depression, and Sociodemographic Variables Among Flemish Women During Pregnancy and the Postpartum Period. *Nursing Research.* 2013 Nov;62(6):394-404. <https://doi.org/10.1097/nnr.0b013e3182a59d96>
16. Duell AK, Pankow JF, Peyton DH. Nicotine in tobacco product aerosols: "It's déjà vu all over again". *Tob Control.* 2020; 29:656-62.
17. Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009; 65(4):325-30. doi: 10.1007/s00228-008-0609-0.

18. Flemming K, et al. The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 2015; 15:849. doi: 10.1186/s12889-015-2163-x.
19. Fujita ÂTL, Rodrigues-Junior AL, Gomes NC, Martinis BS, Baddini-Martinez JA. Socio-demographic and psychological features associated with smoking in pregnancy. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2021 Sep 1;47(5):e20210050. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210050>
20. Greaves L, Poole N, Okoli CTC, Hemsing N, Qu A, Bialystok L, et al. Expecting to quit: a best practices review of smoking cessation interventions for pregnant and post-partum women. 2nd ed. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2011.
21. Griffiths SE, Parsons J, Naughton F, Fulton EA, Tombor I, Brown KE. Are digital interventions for smoking cessation in pregnancy effective? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2018 Jun 28;12(4):333-356. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1488602>
22. Hu K, Zou S, Zhang CJP, Wu H, Akinwunmi B, Wang Z et al. Health-Related Quality of Life Among Pregnant Women with Pre-pregnancy Smoking and Smoking Cessation during Pregnancy in China: A National Cross-sectional Study. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2021 Apr 18; 8 (1). <https://doi.org/10.2196/29718>
23. Leung LWS, et al. Smoking cessation strategies in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37(9):791-7.
24. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Hajek P, Wu AD, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025; 1:CD010216. doi:10.1002/14651858.CD010216.pub9.
25. Luk TT, Lam TH, Leung WC, et al. Brief advice, nicotine replacement therapy sampling, and active referral for expectant fathers who smoke cigarettes: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2021;181(8):1081-9. doi:10.1001/jamainternmed.2021.2757.
26. Martín-Agudiez N, Rodríguez-Muñoz MF. Revisión del tabaquismo en el embarazo: prevalencia, perfil sociodemográfico, depresión perinatal, variables psicológicas implicadas y tratamiento. *Rev Esp Salud Pública*. 2024;98: e202410055.

27. Nagpal N, Ramos AM, Hajal N, Massey SH, Leve LD, Shaw DS et al. Psychopathology Symptoms are Associated with Prenatal Health Practices in Pregnant Women with Heavy Smoking Levels. *Maternal and Child Health Journal*. 2021 Jan 8;25(2):330-337. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03048-5>
28. Pérez JA. Tabaco, alcohol y embarazo en Atención Primaria. *Med Integral*. 2000;36:343-54.
29. Polo M, Cabello CM, Ruiz J. Efectos del vapeo durante la gestación: una revisión sistemática. *Nure Inv*. 2021;21(132). doi:10.58722/nure.v21i132.2528.
30. Rábade-Castedo C, de Granda-Orive JI, Riesco-Miranda JA, De Higes-Martínez E, Ramos-Pinedo Á, Cabrera-César E, et al. Guía SEPAR de práctica clínica de tratamiento farmacológico del tabaquismo. 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1xj1eO67NvEOz2dTaLm_qtKsvNYsmoj-l/view
31. Royal College of Physicians. Passive smoking and children: a report by the Tobacco Advisory Group. London: RCP; 2010.
32. Salimi S, Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. The Relationship Between Postpartum Depression and Perinatal Cigarette Smoking: An Analysis of PRAMS Data. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015 Sep 1; 56:34-38. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.03.004>
33. Servicio Cántabro de Salud. Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos para cesación tabáquica por parte de enfermería en el ámbito público de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Disponible en: https://www.scsalud.es/documents/20117/437226/Protocolo_cesacion_tabaco_indicacion_enfermeria_validado.pdf
34. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Øverland S, Nordeng H. The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy-a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries. *Archives of Women's Mental Health*. 2014 Oct 29;18(1):73-84. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0470-3>

35. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Traducción y adaptación del programa educativo del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG). Madrid; 2010.
36. Stanfill S, Tran H, Tyx R, Fernandez C, Zhu W, Marynak K, et al. Characterization of total and unprotonated (free) nicotine content of nicotine pouch products. *Nicotine Tob Res.* 2021;23(9):1590-6. doi:10.1093/ntr/ntab030.
37. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
38. Vivilaki VG, Diamanti A, Tzeli M, Patelarou E, Bick D, Papadakis S et al. Exposure to active and passive smoking among Greek pregnant women. *Tobacco Induced Diseases.* 2016 Apr 5;14(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12971-016-0077-8>



GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



Valdecilla
Instituto de
Investigación
Sanitaria **IDIVAL**



JA PreventNCD
Joint Action Prevent
Non-Communicable Diseases



Co-funded by
the European Union