



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Prevención del tabaquismo en la gestación y el postparto

Autor/es

LAURA ORIO JIMÉNEZ

Director/es

AMAYA BURGOS ESTEBAN y ANA ELENA GARRIDO RIVAS

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



***Prevención del tabaquismo en la gestación y el postparto***, de LAURA ORIO  
JIMÉNEZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA

Escuela Universitaria de  
Enfermería

---

# Prevención del tabaquismo en la gestación y el postparto

## Smoking prevention in pregnancy and postpartum

---

Laura Orio Jiménez

Trabajo fin de grado

Tutor: Amaya Burgos Esteban

Logroño, 13 de Mayo de 2020

4º curso, Convocatoria Excepcional

## RESUMEN

**Antecedentes y objetivo.** El tabaquismo en el embarazo es un problema grave en la actualidad, y la enfermera, como profesional de salud, puede ejercer un papel importante en su prevención. El objetivo de este trabajo es describir una guía de actuación enfermera ante el tabaquismo en el embarazo y en el posparto.

**Método.** Revisión bibliográfica de fuentes oficiales (OMS, Ministerio de Sanidad, servicios de salud de diferentes comunidades autónomas) y bases de datos electrónicas (Dialnet, Pubmed, Cuiden, Medes). Para estas últimas, la búsqueda se limitó a artículos publicados en los últimos 10 años, recuperándose un total de 39.

**Resultados.** La enfermera puede ayudar a las gestantes a dejar el tabaco de varias maneras: motivándolas durante la primera entrevista clínica, proveyéndoles apoyo específico para mantenerse sin fumar o programando un seguimiento posterior. Algunas intervenciones, como el consejo individual o la terapia grupal, pueden ser dirigidas por ella de forma autónoma. En el periodo postparto, la enfermera debe valorar la posibilidad de recaída y ofrecer nuevamente intervenciones de deshabituación si es necesario.

**Conclusiones:** la enfermera ocupa un puesto importante dentro de la Atención Primaria y, desde ahí, puede ayudar a las gestantes a dejar de fumar a lo largo de todo el proceso.

**Palabras claves:** tabaco, fumar, embarazo, posparto, consejo.

---

## ABSTRACT

**Background and objective.** Smoking in pregnancy is a serious problem nowadays, and nurses, as health professionals, can play an important role in its prevention. The main objective of this paper is to describe nursing guidelines for smoking cessation in pregnancy and postpartum.

**Methods.** Literature review of official sources (WHO, Spanish Health Ministry, local health services) and electronic databases (Dialnet, Pubmed, Cuiden, Medes). For these latter, the search was limited to articles published in the last 10 years, retrieving a total of 39 papers.

**Results.** Nurses can help pregnant women to stop smoking in various ways: motivating them at the first clinical interview, providing specific support to stay tobacco-free and programming a follow-up. Some interventions, such as individual counseling or group therapy, can be conducted autonomously by them. In the postpartum period, nurses must assess possible relapses and offer cessations interventions again if necessary.

**Conclusions.** Nurses occupy an important position in primary care and, from there, can help pregnant women to stop smoking throughout the process.

**Keywords.** Tobacco, smoking, smoking cessation, pregnancy, postpartum, counseling.

## LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS

<b>AEP</b>	Asociación Española de Pediatría
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CASPe</b>	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i> Español. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español
<b>CIMA-AEMPS</b>	Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
<b>CC. AA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CO</b>	Monóxido de carbono
<b>NANDA</b>	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i> , Asociación Norteamericana para los diagnósticos de Enfermería
<b>NIC</b>	<i>Nursing Interventions Classification</i> , Clasificación de Intervenciones de Enfermería
<b>NICE</b>	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (Reino Unido)
<b>NIH</b>	<i>National Institutes of Health</i> , Institutos Nacionales de la Salud (EE. UU.)
<b>NOC</b>	<i>Nursing Outcomes Classification</i> , Clasificación de resultados de Enfermería
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OR</b>	<i>Odds ratio</i> , razón de probabilidades
<b>RR</b>	<i>Relative risk</i> , riesgo relativo
<b>SEGO</b>	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
<b>SERIS</b>	Servicio Riojano de Salud
<b>SMSL</b>	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
<b>TSN</b>	Terapia Sustitutiva de Nicotina
<b>USPSTF</b>	<i>US Preventive Services Task Force</i> , Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS:</b> .....	<b>8</b>
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	<b>9</b>
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>11</b>
3.1. Comentario crítico sobre la validez de los estudios seleccionados, límites de la revisión actual y esquema de contenido.....	11
3.2. Actuaciones y consideraciones preliminares. ....	12
3.3. Intervenciones específicas durante el embarazo. ....	16
a) Consejo individual o <i>counseling</i> : el protocolo de las “5 Aes” .....	16
b) Terapia Sustitutiva con Nicotina .....	18
c) Intervención grupal para dejar de fumar .....	19
d) Otros tipos de intervenciones .....	20
3.4. Cuestiones relativas al postparto: evitar recaídas y recuperación del hábito ....	21
3.5. Plan de cuidados enfermeros. ....	23
<b>4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>26</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>28</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1. Consumo diario de tabaco en la población española de 15-64 años, según sexo y edad. ....	6
Gráfico 2. Consumo diario de tabaco en la población española mayor de 15 años.....	6
Tabla 1- Estrategias de búsqueda empleadas. ....	10
Tabla 2- Ejemplo de cuestionario con respuesta múltiple. ....	13
Tabla 3- Test Fagerström. ....	13
Tabla 4- Actuación a realizar durante una recaída. ....	18

## 1. INTRODUCCIÓN

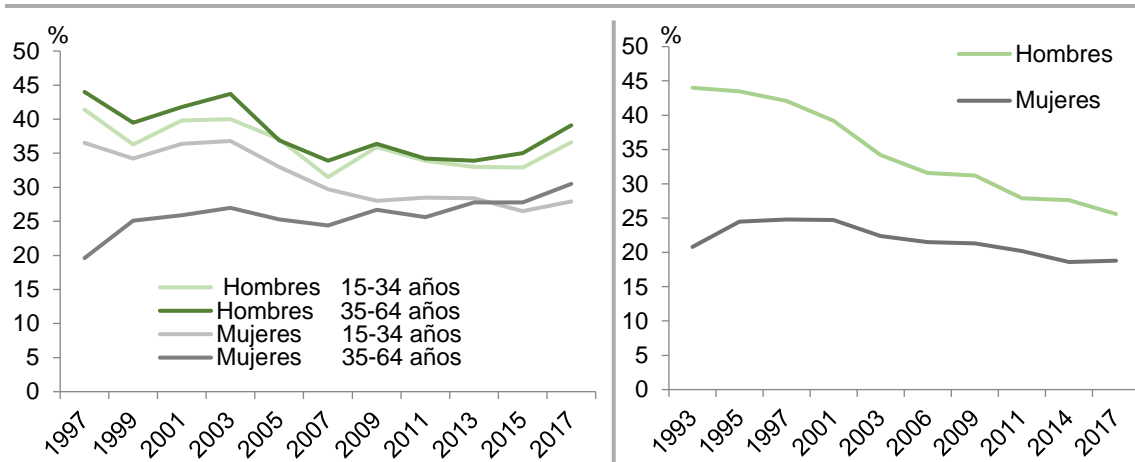
De acuerdo con la OMS, el tabaco es el responsable directo de la muerte de más de 8 millones de personas al año, incluyendo tanto a sus consumidores como a personas expuestas a él involuntariamente<sup>1</sup>. Dentro de algunas patologías que provoca, se pueden encontrar enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares); enfermedades respiratorias (bronquitis crónica, enfisema pulmonar), úlcera gastrointestinal, gastritis crónica, impotencia sexual masculina y diversos tipos de cáncer (de pulmón, de laringe, bucofaringeo, renal o de vías urinarias)<sup>2</sup>. Adicionalmente, en la mujer el consumo de tabaco comporta otros riesgos, tales como un incremento en la probabilidad de padecer un infarto al usar anticonceptivos orales o de sufrir osteoporosis, y también tiene un impacto negativo en la fertilidad, adelantando de media la edad de la menopausia en unos 2-3 años<sup>2</sup>.

En el embarazo, se ha documentado ampliamente su relación con múltiples complicaciones y alteraciones, entre las que se incluyen aborto espontáneo, retraso del crecimiento intrauterino, muerte prenatal, parto pretérmino, rotura prematura de membranas, alteraciones placentarias, reducción del apetito, anemia y elevación de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca de la mujer<sup>3,4</sup>. En el caso del recién nacido, el tabaco se asocia, entre otros, con una mayor probabilidad de presentar malformaciones congénita (labio leporino, anomalías cardiovasculares, urogenitales o del sistema nervioso); el síndrome de abstinencia neonatal a la nicotina, el síndrome de muerte súbita del lactante o bajo peso al nacer<sup>3</sup>. Por último, durante la lactancia e infancia, el tabaco se ha relacionado, además, con alteraciones en el desarrollo, problemas de aprendizaje y comportamiento, y con un riesgo superior del niño de padecer obesidad e incluso de volverse adicto a la nicotina si comienza a fumar<sup>5</sup>. Cabe destacar que algunas de estas alteraciones (malformaciones, bajo peso o muerte prenatal) se han observado también en hijos de mujeres no fumadoras expuestas al humo del tabaco (humo de 2º mano)<sup>4,6</sup>, siendo esta clase de exposición responsable de una mayor incidencia de enfermedades respiratorias, asma severo e infecciones del oído en los niños durante la infancia<sup>3,7</sup>. En muchos casos, dejar de fumar reduce significativamente estos riesgos<sup>7,8</sup>.

Por todo ello, y desde el año 2008, la OMS describe al tabaco como una epidemia mundial y como la principal causa de morbimortalidad prevenible en el mundo, instando a los gobiernos a adoptar medidas que reduzcan su consumo e impacto en salud pública<sup>9</sup>. En España, el mayor hito en la lucha contra el tabaquismo se encuentra en la ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, la cual entró en vigor el 1 de Enero de 2006<sup>10</sup>. Esta ley, posteriormente modificada en el año 2010<sup>11</sup>, supuso la prohibición de fumar en lugares públicos donde anteriormente se hacía, como centros de trabajo, establecimientos sanitarios o docentes; transportes públicos, parques infantiles, centros comerciales, culturales o de ocio, entre otros. El objetivo principal de esta ley era proteger la salud de los grupos más afectados y vulnerables a la exposición

del humo del tabaco, como los menores de edad o los trabajadores del sector de la hostelería<sup>11</sup>, así como prevenir y controlar el consumo de tabaco de la población. Sin embargo, según la última encuesta sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales (EDADES, 2019)<sup>12</sup>, dirigida a la población de entre 15 y 64 años y elaborada por el ministerio de Sanidad, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España, solo superada por el alcohol. Evolutivamente, en los últimos años su consumo ha permanecido relativamente estable, a excepción de su consumo diario, el cual respecto al año 2015 se incrementó, especialmente en hombres y en mujeres mayores de 35 años (gráfico 1).

Por su parte, la última Encuesta Nacional de Salud<sup>13</sup>, también perteneciente al ministerio de Sanidad, no corrobora dicho incremento, sino que muestra un progresivo enaltecimiento del descenso del consumo diario que venía observándose desde 1997 (gráfico 2). En cambio, en lo que sí parecen coincidir ambas encuestas es que el consumo de tabaco en **las mujeres ha aumentado respecto a los últimos años y que, históricamente, las diferencias en cuanto a sexos han ido disminuyendo**.



**Gráfico 1. Consumo diario de tabaco en la población española de 15-64 años, según sexo y edad.** Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones<sup>12</sup>.

**Gráfico 2. Consumo diario de tabaco en la población española mayor de 15 años.** Fuente: Encuesta Nacional de Salud<sup>13</sup>.

Del mismo modo que la OMS, el Ministerio español de Sanidad<sup>14</sup>, la Asociación Española de Pediatría (AEP)<sup>15</sup> y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>16</sup> recomiendan que las mujeres embarazadas dejen por completo el consumo de tabaco. No obstante, en nuestro país existe un porcentaje de mujeres embarazadas que fuman, si bien la cifra exacta resulta difícil de estimar, aunque existen algunas aproximaciones hechas en diversos estudios tanto de índole internacional como nacional, provincial o local. Así, a nivel internacional, una revisión sistemática de 2018 publicada en la revista *The Lancet* sitúa esta prevalencia en el 26% y señala que España es uno de los países con el mayor porcentaje de gestantes fumadoras, solo superada por Irlanda, Uruguay y Bulgaria<sup>17</sup>. Con respecto a estudios nacionales, el más reciente de estos se trata de una investigación pionera del instituto de Salud Carlos III cuyos resultados se publicaron en la XXXVII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (2019), y que



mostró que, de media, en el año 2016 el 20,4% de las gestantes españolas eran fumadoras al inicio del embarazo y algo más de la mitad (66,6%) continuaron siéndolo a largo del mismo<sup>18</sup>.

Por otro lado, y conforme se analizan estudios de diferentes comunidades autónomas (CC. AA), provincias o ciudades, las diferencias entre estas cifras se vuelvan más notables. De este modo, en Galicia, un estudio de 2019<sup>19</sup> describe una prevalencia bastante inferior para esta comunidad, del 11,9%, mientras que Andalucía, Zaragoza y Madrid parecen poseer porcentajes más similares (21,6, 18,2% y 23,9%, respectivamente)<sup>20-22</sup>. En cuanto a la Rioja, la investigación más reciente del Observatorio Riojano sobre Adicciones data de 2009 y expuso que, al comienzo del embarazo, el 35,58% de las gestantes riojanas eran fumadoras, de las cuales la mitad consiguieron dejar el tabaco durante el mismo<sup>23</sup>, siendo este último dato similar al de los estudios anteriormente mencionados. Aparte de esto, y entre otras semejanzas encontradas, se puede destacar el perfil general de una mujer fumadora durante la gestación, el cual corresponde al de una mujer española joven, con bajo nivel de estudios y percepción de riesgo, expuesta al humo de tabaco en el hogar, soltera y que fuma a diario o consume muchos cigarrillos antes del embarazo.

Completando este panorama, cabe mencionar también que, pese a las altas tasas de abandono espontáneo durante el embarazo, muchas mujeres que dejan de fumar sufren recaídas en los siguientes meses postparto, mientras que las que no lo logran optan por reducir su consumo<sup>21-24</sup>. Otro aspecto clave sería, tal y como ya señaló el Observatorio Riojano en su investigación<sup>23</sup>, la clase de información que reciben estas mujeres, porque, aunque la mayoría creían que el tabaco es perjudicial, persistía un remanente (20,5%) de gestantes riojanas que pensaban que la ansiedad por no fumar podía ser más dañina que el tabaco en sí. Unos datos que, en definitiva, evidencian la importancia y la necesidad del asesoramiento sanitario a las mujeres embarazadas para poder garantizar el derecho a la salud tanto de ellas como el de sus hijos.

Según expresó la OMS en su guía de recomendaciones sobre la prevención y gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo<sup>4</sup>, el embarazo es un momento “pedagógicamente aprovechable” para dejar de fumar, ya que es una oportunidad para involucrar a las mujeres y sus parejas en la protección de la salud de sus hijos. Por ello, la prevención y deshabituación tabáquica deben ser un eje primordial por parte de los profesionales de salud de la Atención Primaria (AP) y, en este sentido, la enfermera puede desempeñar un papel muy importante, dado que es el profesional sanitario que más contacto tiene con el paciente<sup>25</sup>. Con este fin, el presente trabajo pretende describir una guía de actuación enfermera ante el consumo de tabaco en el embarazo, haciendo énfasis en la prevención, en las recomendaciones y estrategias más eficaces, en las intervenciones desde el punto de vista del cuidado y en la evitación de la recuperación del hábito tras el parto.

**OBJETIVOS:**

- **Generales:** definir el papel de la enfermera en la prevención del tabaquismo durante la gestación y en el postparto.
- **Específicos:**
  - Describir las estrategias e intervenciones más efectivas actualmente.
  - Conocer factores y elementos implicados para establecer un perfil de riesgo.
  - Definir medidas existentes para evitar la recuperación del hábito tras el parto.
  - Elaborar un plan de cuidados enfermeros.

## 2. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las intervenciones enfermeras más útiles para prevenir el consumo de tabaco por parte de las mujeres durante la gestación y el postparto?

El método escogido para tratar de responderla fue la revisión bibliográfica, recurriendo para ello a fuentes oficiales, de entre las que se destacan organismos internacionales como la OMS, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Reino Unido, los *National Institutes of Health* (NIH) de EE.UU. y el *US. Public Health Service*. Respecto a organismos nacionales, se consultaron también el Ministerio de Sanidad, la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Asociación Española de Ginecología-Obstetricia (SEGO), el Centro de Información online de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIMA-AEMPS), los servicios de salud de diferentes CC.AA. (especialmente, el Servicio Riojano de Salud) y el portal de información y prevención sobre drogas del Gobierno de La Rioja (Infodrogas). La información obtenida de estas fuentes se corresponde con protocolos, guías de práctica clínica y recomendaciones de atención al embarazo normal, así como material dirigido a futuros padres, profesionales y al público general sobre los riesgos del tabaco y consejos para dejar de fumar.

Por otro lado, se revisaron además bases de datos de acceso gratuito, como Pubmed, Medes, Cuiden o la biblioteca Cochrane, junto con Dialnet, la base de datos de la Universidad de La Rioja. Las palabras claves utilizadas fueron los términos MeSH *tobacco, smoking, smoking cessation, pregnancy, postpartum, counseling* en inglés, y sus homólogos españoles (tabaco, fumar, embarazo, posparto, consejo). Como filtros de búsqueda generales, se establecieron los idiomas inglés y español, artículos de revista y revisiones como tipo de documento, la disponibilidad a texto completo gratuito (excepto Dialnet) y la fecha de publicación a partir del año 2010.

Para estudios epidemiológicos sobre gestantes fumadoras, solo se eligieron aquellos publicados en España o en un entorno socioeconómico parecido (países de la Unión Europea y del primer mundo), dado que, como ya se ha expuesto en la introducción, factores como el nivel económico, la educación recibida o la nacionalidad parecen influir en la prevalencia de tabaquismo entre las gestantes. También, de todos los artículos recuperados (n=410), se optó por excluir aquellos cuya población a estudio presentara patologías o complicaciones en el embarazo, ya que este trabajo pretende tener como población diana a mujeres sanas. Finalmente, se usaron los instrumentos de lectura crítica CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme* Español)<sup>26</sup> para evaluar la validez de los resultados de los artículos (ver anexo 1), descartando 4 por no presentar una metodología definida. La búsqueda bibliográfica comenzó el 26/12/2019 y finalizó el 18/03/2020, produciendo 39 resultados válidos. A continuación, se detallan las estrategias de búsqueda aplicadas que produjeron resultados (tabla 1):

Tabla 1- Estrategias de búsqueda empleadas.

Base de datos	Términos y estrategias de búsqueda	Filtros aplicados	Resultados	Admitidos
Dialnet	<i>Tabaco y embarazo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de revista</li> <li>• Texto completo</li> <li>• Idioma español e inglés</li> <li>• Descriptores: embarazo, <i>pregnancy</i></li> </ul>	23	4
	<i>Efectos tabaquismo embarazo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de revista</li> <li>• Idioma: español e inglés</li> </ul>	17	1
	<i>Tabaco y embarazo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de revista</li> <li>• Texto no completo</li> <li>• Idioma español e inglés</li> </ul>	24	2
Medes	[Tabaco] OR [Tabaquismo] AND [Embarazo]	No aplica	29	3
Cuiden	<i>Tabaco y embarazo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de revista</li> </ul>	83	2
Pubmed	<i>Effective interventions</i> AND [Smoking cessation] AND [Pregnancy]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo</li> <li>• Últimos 10 años</li> <li>• Inglés y español</li> <li>• Población femenina mayor de edad</li> </ul>	31	4
	<i>Effects</i> (título) AND [Smoking] AND [Pregnancy] AND [Smoking cessation]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Últimos 10 años</li> <li>• Inglés y español</li> <li>• Población femenina mayor de edad</li> </ul>	9	1
	<i>Influence*</i> (título) AND [Smoking cessation] AND [Pregnancy]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo</li> <li>• Últimos 10 años</li> <li>• Inglés y español</li> <li>• Población femenina mayor de edad</li> </ul>	4	2
	[Smoking cessation] AND [Pregnancy] AND [Postpartum]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo</li> <li>• Últimos 10 años</li> <li>• Población femenina mayor de edad</li> </ul>	48	9
	[Counselling] AND [Smoking cessation] AND [Pregnancy]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo</li> <li>• Últimos 10 años</li> <li>• Inglés y español</li> <li>• Población femenina mayor de edad</li> </ul>	31	3
	[Smoking cessation] AND [Pregnancy]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones</li> <li>• Texto completo</li> <li>• Últimos 10 años</li> <li>• Población femenina</li> </ul>	31	1
Biblioteca Cochrane	<i>Embarazo AND Fumar</i> (términos incluidos en el título, resumen o como palabra clave)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones Cochrane</li> <li>• Idioma español</li> </ul>	10	3
	[Pregnancy] AND [Smoking] OR [Tobacco]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones Cochrane</li> <li>• Tema: embarazo y parto</li> </ul>	5	1
	<i>Smoking cessation</i> (título, resumen, palabra clave) AND <i>counselling</i> (texto completo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones Cochrane</li> <li>• Tema: tabaco, drogas y alcohol</li> <li>• Idioma español</li> </ul>	56	3

## Notas aclaratorias:

- Los términos escritos en cursiva hacen referencia a términos libres
- Los términos escritos entre corchetes hacen referencia a descriptores MeSH o DeCS
- AND y OR son operadores booleanos

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Comentario crítico sobre la validez de los estudios seleccionados, límites de la revisión actual y esquema de contenido.**

La actual revisión bibliográfica se caracteriza por una amplia variedad de fuentes consultadas, y con ella, también sus resultados. Sin embargo, antes de proceder a divulgar estos, es preciso realizar primeramente una serie de aclaraciones.

En general, el nivel de calidad de la mayoría de artículos sobre estudios epidemiológicos seleccionados es muy heterogéneo. A los diferentes diseños de los estudios (de prevalencia, cohorte, ensayos clínicos aleatorios, investigación cualitativa), hay que sumarle los diversos métodos de reclutamiento muestral empleados (hospitales, centros de salud, programas específicos, anuncios, registros estatales, población perteneciente a otros ensayos clínicos) y también la posibilidad de sesgos. Dentro de estos últimos, el más importante de esta revisión es el sesgo de deseabilidad social, el cual se manifiesta en el hecho de que algunas embarazadas fumadoras ocultan serlo a causa del rechazo social existente al tabaquismo durante el embarazo. Con el fin de minimizar este sesgo, que produciría una infravaloración de los resultados, algunos estudios medían el consumo de tabaco en las mujeres embarazadas mediante diversos marcadores bioquímicos, tales como el CO expirado o los niveles de cotinina urinaria o salivar. Sin embargo, no todos los estudios incluidos en esta revisión recurrían a tales métodos, ya sea por imposibilidad metodológica (estudios retrospectivos) o porque los investigadores juzgaban la influencia de este sesgo como pequeña para los objetivos de su investigación.

En consecuencia, la información obtenida de los estudios seleccionados presenta algunas limitaciones que influyen en la comparación de sus resultados y en la aplicabilidad de los mismos en nuestro medio (España), por lo que deben interpretarse con cautela. Con todo, debido a que la mayoría resultaban consistentes con lo reportado por la literatura clínica previa y, también, por fuentes oficiales, fueron considerados como válidos y, por tanto, incluidos en el presente trabajo.

En cuanto a la información obtenida por fuentes oficiales, por lo general esta resulta más fácil de comparar, puesto que proviene de revisiones propias y los distintos niveles de evidencia y recomendaciones establecidos se encuentran claramente definidos. Por este motivo, se decidió emplear este tipo de información como eje principal de los contenidos del trabajo, complementándola con los datos aportados por los estudios seleccionados. De este modo, se ha clasificado la información total obtenida en tres secciones: actuaciones y consideraciones preliminares, intervenciones específicas durante el embarazo y cuestiones relativas al posparto. Además, se ha incluido un plan de cuidados original que puede consultarse en el apartado 3.5.

### **3.2. Actuaciones y consideraciones preliminares. Entrevista clínica, identificación de mujeres fumadoras y factores asociados.**

La OMS recomienda que, de forma general, se pregunte a todas las mujeres embarazadas si han consumido o consumen tabaco<sup>4</sup>, tal y como recomiendan también el Ministerio de Sanidad Español<sup>14</sup> y la SEGO<sup>16</sup>. Igualmente, resulta importante que este abordaje se realice lo antes posible, preferentemente en la primera visita prenatal<sup>4,27</sup> o incluso en la preconcepcional<sup>14,16,28</sup>. La razón dada para ello es que, pese a que dejar de fumar es beneficioso para el recién nacido en todos los momentos del embarazo<sup>7</sup>, este beneficio parece maximizarse en las fases iniciales<sup>4,28,29</sup>, donde la atención prenatal ha demostrado ser especialmente eficaz para que las gestantes abandonen el tabaco<sup>24</sup>. Reforzando esto, cabe añadir que, aunque el embarazo es un elemento motivador, a medida que este avanza los intentos por dejar de fumar de las mujeres y su motivación decrecen con el tiempo hasta, finalmente, hacerse mínimos en el postparto<sup>30</sup>.

Con respecto a qué profesional de la salud debe proveer la atención, la bibliografía consultada no señala a ningún colectivo en concreto. En el caso de las enfermeras, aquellas intervenciones dirigidas por ellas parecen tener un éxito modesto<sup>31</sup>, si bien aún falta más investigación específica. Con todo, la OMS<sup>4</sup> y otros organismos oficiales tanto nacionales<sup>14</sup> como internacionales<sup>27,28</sup> sugieren que todos los profesionales involucrados en la salud de la mujer embarazada (incluyendo médicos de AP, enfermeras, obstetras, matronas, entre otros) deben proporcionar información a la mujer sobre los daños del tabaco y apoyo psicosocial para dejar de fumar.

Puesto que un porcentaje de mujeres embarazadas ocultan ser fumadoras (19.6%) al ser preguntadas<sup>20</sup>, la manera con la que se realice la entrevista clínica puede ser determinante para poder identificarlas a todas con éxito. En general, se recomienda utilizar preguntas abiertas o con respuesta múltiple que ayuden a describir su consumo, siendo aceptables también los cuestionarios por escrito<sup>23,28,32</sup> (tabla 2). Por su parte, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<sup>27</sup> del Reino Unido trata esta cuestión aconsejando métodos como la medida del CO espirado o la presencia de cotinina salivar o urinaria para identificar a esta población, o bien para comprobar su abstinencia tras una intervención de deshabituación tabáquica. Contrariamente, la guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar del Servicio Riojano de Salud (SERIS)<sup>32</sup> afirma que estos test son innecesarios en la práctica habitual, si bien pueden tener cierto valor como elemento motivador en algunas mujeres (la obtención de cifras de CO cada vez más bajas puede motivarlas al ver cómo “se limpian” los pulmones cuando dejan de fumar).

**Tabla 2- Ejemplo de cuestionario con respuesta múltiple.**

Fuente: Traducción al español de la actualización del 2008 de la guía de tratamiento del tabaquismo del *Us Public Health Services*<sup>28</sup>.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación ante el consumo de cigarrillos?
Ahora fumo habitualmente, aproximadamente la misma cantidad que antes de estar embarazada
Ahora fumo habitualmente, pero lo voy a dejar desde ahora que me he enterado de que estoy embarazada
Fumo de vez en cuando.
He dejado de fumar desde que supe que estaba embarazada.
No fumaba nada cuando supe que estaba embarazada, y actualmente no fumo.

Una vez identificada la mujer como fumadora, un aspecto clave a determinar en la primera visita clínica es la intensidad del consumo de tabaco, para lo cual pueden utilizarse diferentes indicadores<sup>33</sup>. El primero corresponde al número de cigarrillos que la mujer fuma diariamente, considerándose una cifra inferior a 10 leve y una superior a 20, grave. Otro indicador es el índice paquetes-año (IPA), el cual se calcula al multiplicar el número de cigarrillos diarios por el número de años que lleva fumando, y dividiendo todo entre 20. Por último, se encuentra el Test Fagerström, que más exactamente sirve para medir la dependencia a la nicotina. Este test consta de 6 preguntas que evalúan distintos parámetros y que, dependiendo de las respuestas, permite obtener diferentes puntuaciones (tabla 3)<sup>34</sup>. La suma de estas puntuaciones clasifica la dependencia en 3 niveles: baja (0-3 puntos), moderada (4-7 puntos) o alta (8-10 puntos). La dependencia al tabaco es un patrón interesante a cuantificar, puesto que las mujeres que sean más dependiente pueden necesitar un abordaje sanitario más intensivo<sup>4,32</sup>.

**Tabla 3- Test Fagerström.** Fuente: Portal de información y prevención sobre drogas del Gobierno de La Rioja (*Infodrogas*)<sup>34</sup>.

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	• Menos de 5 minutos	3
	• 6-30 minutos	2
	• 31-60 minutos	1
	• Más de 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (por ejemplo, cine)?	• Sí	1
	• No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	• El primero	1
	• Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	• Más de 30	3
	• 21-30	2
	• 11-20	1
	• Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	• Sí	>1
	• No	0
¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	• Sí	1
	• No	0

Finalmente, durante la entrevista clínica resulta también pertinente averiguar la presencia de dificultades que pueda encontrar la gestante para dejar de fumar, o bien factores que pueden influir en su consumo. Esta cuestión ha sido ampliamente abordada en una revisión británica<sup>35</sup> sobre obstáculos y elementos facilitadores para la cesión del tabaquismo en la gestación, agrupando estos factores en diversos niveles: individual, interpersonal y social.

A nivel individual, algunas mujeres pueden experimentar dificultades para dejar de fumar al emplear el tabaco como un recuso para manejar el estrés. Esto parece ser corroborado por Mínguez y Pereira<sup>36</sup>, quienes encontraron que las mujeres que fumaban en el embarazo tenían más posibilidades de tener síntomas depresivos, ansiedad y estrés percibido que las que no. Por otro lado, la percepción de riesgo también juega un papel importante. Aunque el tabaco es generalmente percibido como perjudicial para la salud, en la revisión británica<sup>35</sup> algunas mujeres y parejas cuestionaban la magnitud de sus riesgos, particularmente si la mujer antes había tenido un hijo sano pese a haber fumado durante el embarazo, o bien si alguien de su entorno social había tenido una experiencia parecida. Todos estos elementos, en definitiva, pueden actuar como obstáculos a la hora de dejar de fumar. Por el contrario, y como señalan otros estudios<sup>21,30,36</sup>, ser primípara o tener un embarazo planificado se relaciona con una mayor percepción de riesgo y, por tanto, con un mayor éxito a la hora de abandonar el tabaco. Similarmente, la motivación y la fuerza de voluntad también son descritos como elementos facilitadores<sup>35</sup>.

A nivel interpersonal, se pueden mencionar otros factores que influyan en el consumo de tabaco de la gestante. Uno de los más estudiados es la pareja. De este modo, algunos estudios<sup>19,22,36,37</sup> han encontrado que las mujeres que fuman durante el embarazo tienen más probabilidades de ser solteras, o bien de tener una pareja fumadora. Añadido a esto, la revisión británica<sup>35</sup> señala que la pareja puede actuar como elemento facilitador o como obstáculo para que la mujer deje de fumar. Puede ser facilitador en caso de que anime a la mujer a mantenerse abstinente, elija no fumar en su presencia o intente también dejar el tabaco. Sin embargo, actúa como obstáculo si fuma delante de ella o, en el caso contrario, si la presiona excesivamente para que no lo haga. Respecto a esto, un estudio de 2017 realizado en Andalucía<sup>38</sup> mostró que, en general, las parejas no suelen modificar sus patrones de consumo de tabaco durante el embarazo, lo cual está asociado a su vez con la exposición pasiva al humo del tabaco de la mujer y, finalmente, con que esta no consiga dejar de fumar.

Aparte de la pareja, las relaciones con el personal sanitario son otros factores que pueden ejercer un rol clave en la cesión tabáquica. Una actitud amistosa y no enjuiciadora por parte de los profesionales de la salud es valorado positivamente por las mujeres, mientras que la falta de tiempo o entrenamiento son percibidos por estos como obstáculos para atenderlas de forma adecuada<sup>35</sup>. Por su parte, medidas de reducción de daños, como aconsejar disminuir el número de cigarrillos consumidos, son también aceptadas por las mujeres e incluso recomendadas por algunos profesionales<sup>23,35</sup>. Sin



embargo, actualmente la mera reducción de la cantidad de cigarrillos es una medida considerada insuficiente<sup>14,32</sup>, puesto que no existen niveles seguros de consumo de tabaco en el embarazo y porque la mujer puede desarrollar un patrón de “tabaquismo compensatorio”, al hacer inhalaciones más profundas para mantener los niveles de nicotina habituales<sup>39,40</sup>.

Ya finalmente, a nivel social, cabe destacar algunos aspectos que se han relacionado con el tabaquismo entre las gestantes<sup>35</sup>. Por un lado, se encuentra la aceptación social que tiene el consumo de tabaco, siendo un hábito prácticamente normalizado en la vida cotidiana, aunque no en las mujeres embarazadas, lo que puede ser para estas una motivación adicional para dejarlo<sup>35</sup>. Por otro lado, tener un bajo nivel socioeconómico o un nivel educativo inferior también se han asociado fuertemente con seguir fumando en el embarazo<sup>18-20,22,24,36-38</sup>, si bien la literatura clínica incluida en esta revisión apenas explora estas relaciones. Se ha sugerido que un menor nivel de estudios tal vez se correlacione con una menor percepción de riesgo<sup>19</sup>, al tener la mujer menos conocimientos sobre los efectos dañinos del tabaco, mientras que un menor nivel socioeconómico con problemas de accesibilidad a los servicios sanitarios existentes<sup>24</sup>.

En definitiva, sea cualesquiera las dificultades, motivaciones o factores implicados, una vez averiguado que la embarazada fuma el siguiente paso a adoptar por parte del profesional de salud (en este caso, la enfermera) es aconsejarla que deje el tabaco, pudiendo emplearse diferentes intervenciones. Entre estas, se incluyen el consejo individual o *counseling*, la terapia farmacológica, la intervención grupal y otros tipos de ayuda (llamadas y mensajes telefónicos, ejercicio físico, incentivos, educación sanitaria).

### **3.3. Intervenciones específicas durante el embarazo. Consejo individual, terapia sustitutiva con nicotina, intervención grupal y otros.**

#### **a) Consejo individual o *counseling*: el protocolo de las “5 Aes”**

La intervención estándar aconsejada para la deshabituación tabáquica en el embarazo es el consejo individual o *counseling*, término que en este contexto la colaboración Cochrane define como “aquellas intervenciones que proporcionan motivación para dejar el tabaco y apoyo para aumentar habilidades de resolución de problemas y de afrontamiento”<sup>41</sup>. En términos de efectividad, este consejo ha demostrado incrementar las tasas de abstinencia durante el embarazo en comparación con la asistencia habitual<sup>41</sup>, más aún si es reforzado por mensajes y materiales de autoayuda específicos para embarazadas<sup>42</sup>. Adicionalmente, se ha asociado con un aumento del peso al nacer de los niños y una reducción del riesgo de parto pretérmino, mientras que, por el contrario, no se han encontrado ningún tipo de daño o riesgo relacionado con su aplicación<sup>29</sup>.

Por su parte, la guía de práctica clínica del SERIS<sup>32</sup> encuadra este tipo de intervención dentro de un protocolo más amplio conocido como las “5 Aes”. Este protocolo, originario de EE. UU y recomendado a su vez por su Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos (USPSTF)<sup>29,42</sup>, está estructurado en 5 pasos que establecen las actuaciones a realizar para la cesación del hábito tabáquico en el embarazo:

1. Averiguar (*Ask*) si la gestante fuma
2. Aconsejarle (*Advise*) que deje de fumar
3. Ampliar (*Assess*) el diagnóstico, averiguando si desea intentar dejarlo
4. Ayudarle (*Assist*) en el intento de abandono
5. Acordar (*Arrange*) un seguimiento

Además de servir como marco de referencia para proporcionar el consejo individual<sup>42</sup>, una de las principales ventajas de este protocolo radica en que sus intervenciones pueden realizarse en muy poco tiempo (minutos) y son fácilmente asimilables en la rutina clínica diaria<sup>32</sup>. Por ejemplo, en una primera visita prenatal pueden aplicarse a la vez los pasos 1 y 2, es decir, averiguando si la mujer fuma y, en caso positivo, animándola a dejarlo.

En cuanto a las características que debe incluir el consejo individual, se ha comprobado que es efectivo tanto si es breve (<10 minutos) como más prolongado (hasta 90 minutos)<sup>29</sup>, observándose este efecto tanto si es aportado por médicos<sup>43</sup> como por enfermeras<sup>31</sup>. Con todo, parece que existe un efecto de dosis- respuesta con respecto a su intensidad, de manera que sesiones más largas se asocian con mayor éxito a la hora de dejar el tabaco<sup>29</sup>.

Se recomienda ofrecer a la gestante un consejo firme, claro y personalizado, centrándose especialmente en los beneficios que puede obtener al abandonar el hábito que para motivarla a hacerlo<sup>28,32</sup>. Estos beneficios se corresponden con las ventajas habituales de dejar de fumar<sup>44</sup> más otras añadidas para la salud del bebé y el desarrollo del embarazo<sup>32,39</sup>, las cuales son descritas más exhaustivamente en el anexo 2 de este trabajo.

Después de aconsejar a la mujer, la siguiente actuación a realizar consiste en diseñar un plan terapéutico para ayudarla a ello, lo que corresponde a los pasos 3 y 4 del protocolo de las 5 Aes (ampliar el diagnóstico y ayudar). Primeramente, se debe averiguar si la gestante tiene la intención de abandonar el tabaco en una fecha acordada (día D), por ejemplo, dentro de una semana, evitando que coincida con fechas significativas<sup>28,32</sup>. Luego, la enfermera o el profesional de salud debe proporcionarle ayuda específica para lograrlo, lo que incluye desde apoyo terapéutico y material de autoayuda hasta técnicas de resolución de problemas para manejar las ganas compulsivas (*craving*), los síntomas de abstinencia y situaciones que puedan desencadenar recaídas<sup>28,29,32,42</sup> (ver anexo 3). Consejos prácticos adicionales, como desautomatizar rutinas en que las se suele fumar, eliminar referencias del entorno al tabaco, o mantener el hogar libre de humos deben igualmente ofrecerse. Si la gestante había intentado de dejar fumar anteriormente, conviene escuchar sus experiencias e identificar las estrategias que mejor la habían ayudado<sup>28</sup>.

Aparte de proveer motivación y técnicas de resolución de problemas, otro pilar fundamental en la deshabituación tabáquica es el apoyo social. Usualmente, este apoyo puede encontrarse en la pareja<sup>35</sup>, pero, como ya se ha explicado, esta puede ser un elemento facilitador u obstaculizador, por lo que no siempre puede ser la mejor opción<sup>32</sup>. Con todo, la OMS<sup>4</sup> recomienda averiguar si la pareja u otros miembros del hogar de la embarazada fuman, y si es posible, involucrarlos también en su intento de dejar el tabaco, ya sea informándoles de los riesgos de la exposición del humo de segundo mano u ofreciéndoles intervenciones comunes de deshabituación tabáquica (psicosociales y/o farmacológicas).

Hay que tener en cuenta que no todas las mujeres embarazadas se sentirán motivadas para dejar el tabaco, casos para los que existe una intervención alternativa conocida como las “5 erres”<sup>28,32</sup>. El objetivo de esta intervención consiste en mejorar la motivación para abandonar el tabaco a través de la identificación por parte de la enfermera y de la mujer de diversas razones que influyan en ello. En el anexo 4, puede encontrarse más información al respecto.

Finalmente, el último paso del protocolo de las 5 “Aes” es acordar un seguimiento, el cual puede realizarse tanto de forma presencial como telefónica<sup>32</sup>. Mediante el seguimiento, se pretende evaluar el resultado de la intervención y la adherencia al tratamiento de la gestante, así como proveerle más apoyo si es preciso.

En este sentido, el USPSTF<sup>29</sup> señala que, de forma general, cada persona requiere, como mínimo, de 4 sesiones de consejo sanitario para abandonar el tabaco, mientras que, en cada visita, se debe medir su consumo y registrarse como si fuera una constante vital más. Si la gestante ha logrado mantenerse abstinentes, la enfermera debe felicitarla por ello y animarla a seguir haciéndolo<sup>28</sup>. Si, por el contrario, se ha producido una recaída, esta hay que tratarla como una parte más del proceso de deshabituación, no como un fracaso, ya que muchos fumadores que quieren dejar el tabaco requieren de varios intentos antes de dejarlo definitivamente<sup>32</sup>. De este modo, la enfermera puede ayudar a la embarazada a identificar las causas de la recaída y animarla a realizar un nuevo intento en breve<sup>28,45</sup> (tabla 4).

**Tabla 4- Actuación a realizar durante una recaída.** Fuente: material de autoayuda del SERIS<sup>45</sup> “Cómo prevenir recaídas después de dejar de fumar, durante el embarazo y después del nacimiento de tu bebé”.

1. <b>Cesar el consumo</b> lo antes posible.
2. <b>Evitar culpabilizaciones:</b> las recaídas forman parte del proceso de abandono.
3. <b>Analizar los motivos de recaída</b> y profundizar en ella: dónde ha sido, con quién, qué pensamientos y sentimientos la acompañaron, etc.
4. <b>Reconocer el problema para solucionarlo más fácilmente.</b> ¿Cómo se ha sentido dando una calada? ¿Ocurrió lo que esperaba o pensaba?, ¿Se ha sentido mejor o peor después de hacerlo?, ¿Ha resuelto el problema?, ¿Ha probado otras maneras de solucionarlo?
5. <b>Animar a hacer un nuevo intento</b> en un periodo de tiempo breve: analizar motivos personales para dejar el tabaco, hablar con las personas que la han apoyado.

## **b) Terapia Sustitutiva con Nicotina**

Dentro de la deshabituación tabáquica, la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) es otra clase de intervención que también suele utilizarse en el paciente fumador. No obstante, en el embarazo esta no está recomendada, puesto que la nicotina atraviesa con facilidad la barrera placentaria<sup>3</sup>, no se han establecido con claridad los riesgos de este tratamiento y la evidencia disponible muestra una eficacia limitada<sup>14,46,47</sup>.

A pesar de ello, algunas guías de práctica clínica, como la del Ministerio de Sanidad<sup>14</sup>, la del SERIS<sup>32</sup>, la del USPSTF<sup>29</sup> o la del NICE<sup>27</sup>, establecen que, considerando los riesgos del tabaco, esta intervención puede ser útil para aquellas mujeres que no acepten dejar de fumar, tengan una dependencia alta a la nicotina y el resto de intervenciones no farmacológicas hayan fracasado con ellas. Igualmente, antes de su aplicación, se debe informar a la embarazada sobre las ventajas esperables del tratamiento (evitar el consumo de todos los tóxicos y cancerígenos del tabaco), junto con los posibles riesgos (exposición del feto a la nicotina). En cuanto al resto de fármacos empleados en la deshabituación tabáquica (bupropión, vareniclina), estos se encuentran contraindicados, dado que no existe constancia de su eficacia y seguridad durante el embarazo y la lactancia<sup>29,32,48</sup>.

Actualmente, los fármacos de la TSN poseen múltiples presentaciones (chicles, comprimidos, parches, aerosoles...), mostrando todas ellas una efectividad similar<sup>33</sup>. Sin embargo, en el embarazo se recomienda evitar los parches, o bien, si se usan, quitarlos durante la noche, puesto que esta vía de administración permite una dosificación continua de nicotina que, en definitiva, puede ser perjudicial para el feto<sup>27,32</sup>. En el anexo 5 de este trabajo, se adjunta una tabla que expone pormenorizadamente las dosis, duración, pautas y efectos adversos más comunes de cada presentación en fumadores habituales.

En España, los fármacos de TSN son productos de libre dispensación en farmacias<sup>49</sup>, por lo que no requieren de prescripción médica. Sin embargo, dado que se recomienda hacer una monitorización de los niveles de nicotina durante el embarazo si se utiliza este tratamiento<sup>32</sup>, la enfermera podría necesitar aquí colaborar con el personal médico para realizar el seguimiento más adecuado a estas mujeres, sin renunciar por ello a su papel como proveedora de cuidados.

### **c) Intervención grupal para dejar de fumar**

De acuerdo con una revisión Cochrane del año 2017, no existen evidencias de que la terapia grupal para dejar de fumar sea más efectiva que el asesoramiento individual intensivo, si bien parece serlo frente a la autoayuda u otras intervenciones de menor intensidad<sup>50</sup>. Con todo, tanto la consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares<sup>51</sup> como la red de Atención Primaria Sin Humo de Cataluña<sup>44</sup> han elaborado sus respectivas guías de práctica clínica para esta clase de intervención, dirigidas principalmente a personas mayores de edad que deseen dejar de fumar. En cuanto a mujeres gestantes, apenas existe literatura sobre intervenciones grupales específicamente orientadas a ellas. Solo un artículo de Roldán Ruano<sup>52</sup> plantea un programa de deshabitación tabáquica para embarazadas y sus parejas, considerando el papel potencial que estas últimas pueden tener en el abandono del tabaco.

A partir de la información obtenida de estos tres documentos<sup>44,51,52</sup>, es posible describir algunas características básicas y comunes de la intervención grupal. De este modo, se constata que esta clase de intervención posee algunas ventajas frente a la individual, entre las que se incluyen su coste-efectividad, al acceder a un gran volumen de usuarios a la vez; la posibilidad de desarrollar contenidos educativos, y el propio grupo como refuerzo positivo para abandonar el tabaco. Por el contrario, también existen algunas limitaciones, como la falta de confidencialidad o la imposibilidad de personalizar la atención, aparte de que el personal sanitario que la desarrolle debe poseer formación en manejo de grupos. Por último, la intervención grupal requiere una serie de recursos adicionales para su realización, tanto humanos (médico o enfermera) como materiales (sala, mesa, sillas, ordenador, cañón de proyección, pizarra, carboxímetro, material didáctico).

El ámbito ideal para abordar la intervención grupal es la Atención Primaria, pudiendo ser dirigida tanto por médicos como por enfermeras, sin que ninguna modalidad haya demostrado ser superior a la otra<sup>51</sup>. En el grupo, pueden participar todas aquellas personas que tengan intención de dejar de fumar y se sienten capaces de hacerlo en un plazo no superior a un mes. Contrariamente, parece haber cierto consenso en desaconsejar su participación a personas con patología psiquiátrica grave o con otras adicciones<sup>44,51</sup>.

En relación con el diseño y contenidos de las sesiones, los tres documentos consultados poseen importantes diferencias, pero igualmente es posible señalar algunos puntos en común. De esta manera, el número de sesiones varía de entre 5 a 8, aunque la periodicidad semanal y la duración de una hora aproximadamente se mantiene constante en todos ellos. También, los contenidos a desarrollar son similares. Las primeras sesiones se reservan para la acogida de los miembros del grupo, así como la presentación del taller e información sobre el tabaquismo, los beneficios de su abandono y los tratamientos farmacológicos disponibles. En aproximadamente la 3<sup>o</sup> o 4<sup>o</sup> sesión, se produce el día D y los contenidos se centran en abordar el síndrome de abstinencia, técnicas de relajación, habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Las sesiones finales se destinan para tratar temas como la alimentación, el peso o hábitos saludables, además de situaciones de riesgo de recaída y pautas para lograr mantenerse abstinentes. Por último, se destaca el papel de la cooximetría (medida de CO espirado) a lo largo de las sesiones como elemento motivador y se recomienda acordar un seguimiento individual tras la disolución del grupo, dado que hasta el tercer mes el riesgo de recaída suele ser alto<sup>44,51</sup>.

#### **d) Otros tipos de intervenciones (llamadas y mensajes telefónicos, ejercicio físico, incentivos, educación sanitaria)**

Aparte del consejo sanitario, la terapia farmacológica o la terapia grupal, existen otra clase de intervenciones, estrategias o recursos que pueden igualmente ayudar a la deshabitación tabáquica durante el embarazo, adquiriendo algunos de ellos cierta notoriedad dentro de la evidencia clínica disponible, como sucede en el caso de los incentivos económicos<sup>4,53</sup>. Además de estos, se pueden mencionar también líneas telefónicas para dejar de fumar (*Quitlines*)<sup>35</sup>, mensajes de texto o llamadas telefónicas de apoyo, educación sanitaria, intervenciones de retroalimentación (ecografías, cooximetría, análisis de cotinina urinaria), apoyo social o sesiones de ejercicio físico, siendo la mayoría de estas intervenciones incluidas dentro de dos revisiones sistemáticas de la biblioteca Cochrane<sup>41,54</sup>. Sin embargo, según los resultados de estas revisiones, las intervenciones psicosociales más efectivas para que las gestantes dejen de fumar son el consejo sanitario, las intervenciones de retroalimentación y los incentivos económicos, mientras que el resto parecen tener un efecto incierto.

### 3.4. Cuestiones relativas al postparto: evitar recaídas y recuperación del hábito

Dentro del tabaquismo en el embarazo, las recaídas en el posparto son un tema de especial interés dentro la práctica sanitaria. Un metaanálisis del año 2016<sup>55</sup> las cifró en un 43% a los 6 meses tras el parto, aumentando la cifra a 74% si la abstinencia había sido validada objetivamente.

Con el fin de entender mejor la naturaleza de este fenómeno, algunos autores han diseñado diferentes estudios para tratar de determinar algunas características, motivos o factores que ejerzan un importante rol en las recaídas postparto. De este modo, Pollak *et al.*<sup>56</sup> encontraron como factores predictores de recaídas no querer estar actualmente embarazada, tener una menor percepción de los riesgos del tabaco, ver el cese de fumar como algo temporal y, sobre todo, identificarse la mujer a sí misma como fumadora (OR= 2.1, 1.6, 2.1, 8.7, respectivamente). Siguiendo una línea similar, Simmons *et al.*<sup>57</sup> identificaron otros factores en el primer mes posparto, como no planear dejar de fumar para siempre, tener menos confianza para permanecer abstinentes en los próximos 6 meses, convivir con otro fumador o no pensar dar el pecho (RR= 2.15, 1.14, 1.45, 1.41, respectivamente). Por su parte, un análisis poblacional Holanda<sup>37</sup> solo consiguió distinguir como factor a la pareja de la gestante, de manera que las mujeres que volvían a fumar tras el parto frecuentemente tenían una pareja fumadora o bien, esta no fumaba en absoluto (OR=1.94).

Aparte de estos resultados, también se han señalado otros elementos que pueden, igualmente, influir en el periodo posparto y desencadenar recaídas. En este sentido, una revisión bibliográfica de Gil *et al.*<sup>58</sup> concluyó que el estrés, el estado de ánimo negativo o la preocupación por el peso parecen propiciarlas, encontrando también que la mayoría de estas ocurren a las pocas semanas de dar a luz. Respaldando parte de estos resultados, en un estudio cualitativo estadounidense del año 2015<sup>59</sup> las mujeres citaban el estrés como una de sus principales razones para recaer, lo cual era mayor en las que eran más jóvenes, tenían menos ingresos y padecían más síntomas depresivos, mientras que la preocupación por la salud del niño o la de sus familiares era el motivo que más mencionaban para mantenerse abstinentes.

Además, y según un estudio longitudinal de Cooper *et al.*<sup>30</sup>, el momento en el que se elija dejar de fumar durante el embarazo también parece influir. De acuerdo con sus averiguaciones, las mujeres que dejan de fumar los 3 tres meses anteriores a su embarazo recaen en los tres meses posparto con menor frecuencia que aquellas que lo dejan al enterarse de su embarazo (17.8% vs 34.4%), y estas a su vez, menos que las que lo dejan en el tercer trimestre (42.9%).

Finalmente, otros factores clave estudiados sobre esta cuestión son la motivación y el rol materno. De acuerdo con Heppner *et al.*<sup>60</sup>, los niveles de motivación global en el preparto influyen y funcionan como predictores de la abstinencia hasta las 26 semanas posparto, identificando también razones relativas a la maternidad (por ejemplo, no querer que el niño conozca a la madre como fumadora) como único factor adicional relacionado. Esto último es parcialmente corroborado por Orthon *et al.*<sup>61</sup>, quienes condujeron una serie de entrevistas a mujeres británicas que habían recaído en el posparto. En general, estas afirmaron que, pese a seguir siendo fumadoras, igualmente querían ser madres responsables, tomando para ello medidas como evitar exponer a sus hijos al humo de tabaco o fumar menos cigarrillos. Con todo, cabe destacar que esta investigación tiene una muestra muy pequeña (n=9) y, por tanto, sus resultados son difícilmente extrapolables a la población general.

En cualquier caso, independientemente de los factores, creencias, motivaciones o causas implicados, fumar no solo tiene efectos perjudiciales para la madre, sino también para el niño, tal y como ya se ha mencionado en la introducción de este trabajo. Por tanto, si la mujer embarazada vuelve a fumar en el posparto, existe el riesgo de que su hijo se convierta en fumador pasivo, razón por la que dentro del mundo sanitario hay cada vez más interés en desarrollar intervenciones efectivas para evitar estas recaídas. Uno de los elementos más prometedores parece ser la lactancia materna, puesto que hasta ahora varios estudios han encontrado en sus resultados un posible factor protector frente al consumo de tabaco<sup>24,57,59,62,63</sup>. Sin embargo, un estudio observacional de Joseph *et al.* en el año 2017<sup>64</sup> reportó que, en general, el hábito tabáquico de las mujeres no influye en su decisión a la hora de dar el pecho a sus hijos, pese a que la nicotina pasa a la leche materna y está relacionada con una producción de leche inferior<sup>3</sup>.

Hasta ahora, las intervenciones psicosociales habituales en el embarazo (consejo breve, material didáctico, mensajes y llamadas telefónicas) no parecen ser efectivas para evitar las recaídas postparto<sup>65</sup>, por lo que no existen protocolos ni guías de actuación específicas para ellas. En particular, la guía de práctica clínica de la Rioja<sup>32</sup> trata brevemente este tema y aconseja que, en caso de producirse, se anime a la mujer a volver a intentar dejar de fumar, ofreciéndole para ello los mismos recursos y estrategias utilizados durante el embarazo. En lo referente a evitar recaídas, únicamente recomienda realizar un seguimiento tras el parto, felicitar a la mujer por mantenerse sin fumar y enfatizar los beneficios conseguidos para su salud y la de su hijo. Por último, menciona también el tema de la preocupación por el peso como un posible factor de recaída y sugiere que se aconseje a las mujeres concentrarse primero en dejar de fumar y luego en el peso, recomendando además que sigan una dieta saludable y practiquen ejercicio físico. En este sentido, puede ser especialmente útil informar a la mujer de que dejar de fumar en el embarazo no produce una excesiva ganancia de peso después, tal y como concluyen Washio *et al.*<sup>66</sup>, y que, en cualquier caso, continuar fumando resulta mucho más peligroso<sup>32</sup>.



### 3.5. Plan de cuidados enfermeros.

Puesto que en la revisión actual no se logró identificar ningún plan de cuidados de enfermeros específicamente dirigido para el tabaquismo en la gestación, he aquí una propuesta original sobre el tema. Esta se ha basado en la información obtenida en la revisión y se ha estructurado en tres momentos puntuales: durante el primer contacto con la mujer, durante la aplicación de intervenciones de deshabituación y durante el resto de visitas clínicas para comprobar su abstinencia, incluyendo el posparto.

Antes de comenzar, es necesario señalar que este plan ha sido elaborado gracias a la plataforma *NNNConsult*<sup>67</sup>, perteneciente a la editorial Elsevier, y todas las intervenciones (NIC) y resultados (NOC) expuestos están centrados en los siguientes patrones funcionales de Marjory Gordon alterados: el primero (Percepción/ manejo de la salud), puesto que el consumo de tabaco es una conducta adictiva; y el noveno (Sexualidad/ reproducción), ya que el tabaco afecta tanto a la salud de la mujer como la de su hijo.

#### **En el primer contacto**

Una vez la enfermera averigua que la gestante es fumadora, el diagnóstico inicial será el **[00227]- Riesgo de proceso de maternidad ineficaz**, pudiendo evolucionar según el éxito de las intervenciones y también de la disposición de la propia gestante. Igualmente, en este primer contacto las actuaciones enfermeras se centran en el consejo antitabaco y en aplicar los principios de la entrevista motivacional (expresar empatía, desarrollar la discrepancia, vencer la resistencia, apoyar la autoeficacia)<sup>28</sup>. En este sentido, las intervenciones NIC y actividades destacadas son las siguientes:

- **[5606] Enseñanza: individual.**  
El objetivo principal será motivar a la mujer a dejar el tabaco. Actividades específicas:
  - Primeramente, establecer una buena relación terapéutica, mediante la adopción una actitud abierta y no enjuiciadora que transmita confianza.
  - Valorar el nivel de conocimientos previos que tiene la gestante. Averiguar qué es lo que ha oído sobre el tabaco, qué riesgos conoce, qué es lo que piensa al respecto o si ha realizado algún intento previo de abandono.
  - Proporcionar a la gestante información específica sobre el consumo de tabaco en el embarazo, incluyendo riesgos que comporta y beneficios que se obtienen al dejarlo. Hacerlo en un lenguaje claro, conciso y fácilmente comprensible.
  - Permitir la retroalimentación y responder a las preguntas y dudas que manifieste la gestante
  
- **[4360] Modificación de la conducta.**  
En este caso, el objetivo de la intervención se centrará en que la mujer se comprometa a realizar un intento para dejar de fumar. Actividades específicas:

- Valorar disposición de la mujer para abandonar el tabaco, y si posible, reforzarla.
- Ayudarla a identificar los obstáculos o elementos facilitadores que influyan en su decisión.
- Utilizar elementos didácticos de apoyo, como folletos o materiales de autoayuda.
- Transmitir a la gestante confianza en sus posibilidades. Abordar los temores que pueda tener (por ejemplo, síntomas de abstinencia) y anticipar algunas alternativas terapéuticas que pueda emplear para sobrellevarlos.
- Establecer un seguimiento posterior en la próxima visita.

El éxito de estas intervenciones será evaluado según estos resultados NOC e indicadores, los cuales se miden con una escala del 1 (conocimientos nulos/ nunca manifestado) al 5 (conocimientos extensos/ siempre manifestado).

- **NOC [1810] Conocimiento: gestación. Indicador:**  
[181036] Efectos adversos sobre la salud del consumo de tabaco.
- **NOC [1625] Conducta de abandono del consumo de tabaco. Indicadores:**  
[162501] Expresa el deseo de dejar de fumar.  
[162502] Expresa la creencia en la capacidad de dejar de fumar.

### **Durante la deshabituación**

Dependiendo del resultado de la primera visita, el diagnóstico NANDA puede haber evolucionado al **[00208] Disposición para mejorar el proceso de maternidad**, si la embarazada ha accedido a realizar un intento de abandono; o al **[00221] Proceso de maternidad ineficaz**, si no desea dejarlo. En este último supuesto, se deberá seguir la intervención de las “5 erres”, ya mencionada en el apartado 3.3., mientras que este plan de cuidados continuará con el primer caso.

En este momento, las intervenciones enfermeras consistirán fundamentalmente en proveer apoyo para dejar de fumar, con el objetivo de mantener la abstinencia de la mujer y resolver cualquier dificultad que pueda surgir. En este sentido, se destaca especialmente la intervención NIC **[4490] Ayuda para dejar de fumar**, la cual resume perfectamente este apoyo e incluye actividades como:

- Registrar consumo actual de la mujer de tabaco.
- Mantener un consejo constante antitabaco y felicitarla por lograr la abstinencia.
- Comentar con ella los síntomas de abstinencia, enseñarle que son temporales y proporcionar consejos que pueda practicar cuando los experimente.
- Ayudar a la mujer a identificar factores emocionales (estrés) y situacionales (presencia de otros fumadores) relacionados con sus ganas de fumar, proponiendo también alternativas (relajarse, estar con no fumadores).

- Averiguar si se ha producido algún desliz o recaída, analizar con la mujer las causas que lo propiciaron, y animarla a hacer un nuevo intento. Hacerle ver que las recaídas no representan un fracaso, sino una oportunidad para aprender.

Adicionalmente, puede nombrarse también otra intervención NIC relevante, **[7110] Fomentar la implicación familiar**, que tiene como objetivo identificar otros miembros de la familia de la embarazada (como la pareja) que puedan ayudarla en la deshabitación. Así, actividades específicas dentro de esta serían:

- Establecer una buena relación con los miembros del hogar.
- Fomentar actitudes que ayuden a la mujer (espacios sin humo, no fumar delante de su presencia, felicitarla por los progresos conseguidos).
- Si algún miembro del hogar fuma y desea dejarlo, ofrecerle también intervenciones de deshabitación tabáquica.

En cuanto a los resultados NOC, pueden emplearse los siguientes para evaluar el éxito de estas intervenciones:

- **[1625] Conducta de abandono del consumo de tabaco.** *Indicadores:*
  - [162509] Sigue estrategias seleccionadas de eliminación del tabaco
  - [162511] Utiliza estrategias para afrontar el síndrome de abstinencia
  - [162512] Utiliza estrategias de modificación de la conducta
  - [162525] Participa en el asesoramiento
  - [162528] Elimina el consumo de tabaco
- **[2609] Apoyo familiar durante el tratamiento.** *Indicador:*
  - [260901] Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro familiar.

### **En visitas sucesivas**

Después de aplicar intervenciones de deshabitación, el papel de la enfermera en el resto de visitas se centra en hacer una evaluación global del plan de cuidados, es decir, comprobando que la mujer continúa sin fumar, está motivada para seguir así y percibe un apoyo social positivo. Con este fin, se usan los resultados NOC e indicadores ya mencionados en el plan, especialmente el **[1625] Conducta de abandono del consumo de tabaco**, puesto que es el más específico para la mujer. Si la enfermera detecta alguna recaída o pérdida de motivación, debe volver a utilizar las intervenciones NIC **[4490] Ayuda para dejar de fumar** o **[4360] Modificación de la conducta**, orientándolas específicamente a los elementos causantes (estado de ánimo negativo, sensación de control de la adicción, presión social, etc.).

Cuando se acerque el momento del parto, la enfermera deberá inquirir si la mujer desea permanecer sin fumar después del mismo, y también motivarla a ello. Igualmente, conviene programar una visita posparto para reevaluar su estado y la abstinencia.

## 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tal y como se ha expuesto, la actual revisión bibliográfica muestra una guía de actuación enfermera ante el tabaquismo en la gestación, respondiendo de este modo a la pregunta de investigación inicialmente planteada (cuáles son las intervenciones enfermeras más útiles para prevenir el tabaquismo durante la gestación y el postparto). En este sentido, cabe añadir también que, en gran parte, los objetivos específicos de este trabajo se han cumplido.

De esta manera, se han descrito pormenorizadamente las intervenciones existentes actualmente, las cuales comprenden el consejo individual, la terapia farmacológica, la terapia grupal y otras. Según la evidencia disponible, el consejo individual es la intervención más eficiente, tanto por sus buenos resultados como por su mínimo coste, y por ello, es la más recomendada durante el embarazo. Por el contrario, la terapia farmacológica no cuenta, por ahora, con un gran respaldo, a causa de sus efectos y perjuicios desconocidos, y los organismos que aceptan su uso (como el Ministerio de Sanidad o el SERIS) lo hacen con cautela, siempre y cuando el resto de intervenciones hayan fracasado y solo después de sopesar adecuadamente el balance riesgo-beneficio. Por su parte, la terapia grupal y otros tipos de intervenciones psicosociales parecen tener un efecto positivo, aunque la evidencia clínica es limitada y los posibles costes asociados a su utilización hacen que quizá no sean asequibles para todos los servicios de salud.

Por otro lado, también se han logrado identificar algunas características y factores comunes entre mujeres fumadoras en la gestación, destacando un claro perfil de riesgo. Así, este está constituido por mujeres jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y educativo, con gran dependencia a la nicotina y baja percepción de riesgo, que sufren un mayor estrés percibido y están expuestas al humo ajeno en el hogar; un perfil, que, en suma, señala a los entornos sociales desfavorecidos. Es posible que no todas las mujeres que vivan en ellos estén dispuestas a dejar de fumar, ya sea a causa de la baja percepción de riesgo o del uso del tabaco como recurso habitual para aliviar el estrés, por lo que tal vez se necesiten dirigir esfuerzos específicos encaminados a identificar a estas mujeres y a concienciarlas sobre los riesgos del tabaco.

En cuanto al periodo postparto, no ha sido posible definir con claridad medidas a aplicar para evitar que las mujeres vuelven a fumar en él. En particular, existe poca literatura al respecto, centrándose la mayoría de artículos en describir elementos predictores y factores que influyen en el fenómeno, estableciendo principalmente un perfil parecido con el de una fumadora durante el embarazo (baja percepción de riesgo, mayor estrés, convivencia con otros fumadores). Quizá dicha similitud encuentra su explicación en el periodo posparto en sí, momento en que las mujeres pueden perder su motivación principal para no fumar (proteger al bebé) y sufrir estrés a causa de sus nuevas responsabilidades como madres. Tampoco hay que olvidar muchas que recaen lo hacen porque consideran el abandono del tabaco como algo temporal y se identifican como fumadoras, algo que desde los servicios sanitarios se debe tratar de modificar. Con todo, y pese a que no existe un enfoque efectivo para evitar las recaídas postparto,

es posible que estas puedan prevenirse o retrasarse gracias a la lactancia materna, un factor descrito como protector y que podría funcionar como nuevo elemento motivador, si bien aún hace falta más investigación específica.

Por último, en relación con la implicación enfermera sobre este tema, se ha evidenciado que esta no es solo necesaria, sino también posible, y la mejor manera de demostrarlo es con la formulación de un plan de cuidados, incluido en esta revisión. Las enfermeras ocupan un puesto importante dentro de la Atención Primaria, y desde allí, les es posible contactar con la población que más podría beneficiarse de la deshabituación tabáquica, en este caso, las gestantes. También, las enfermeras pueden realizar algunas intervenciones de deshabituación de forma autónoma, como el consejo individual o la terapia grupal, mientras que en aquellas en las que se necesite colaboración médica (terapia farmacológica), pueden de igual modo participar en el seguimiento de las mujeres, ya sea monitorizando su consumo de tabaco, valorando su respuesta a la TSN o realizando test para determinar los niveles de nicotina a los que están expuestas. Así, la deshabituación tabáquica puede constituir una oportunidad de desarrollo profesional, por lo que las enfermeras deben formarse sobre ello y colaborar con el equipo de AP en la creación de protocolos y guías de práctica clínica determinadas.

En conclusión, el tabaquismo durante la gestación es un problema relevante en la actualidad, debido a las altas prevalencias de tabaquismo en la población general y los graves riesgos a la salud que conlleva. Esto es especialmente preocupante en el caso de las mujeres embarazadas, puesto que el tabaco no solo daña la salud de ellas sino también la de sus futuros hijos, y porque constituye un riesgo prácticamente evitable. Precisamente por ello, resulta importante que, desde la Atención Primaria, se realice un abordaje preventivo global sobre el tabaquismo y, en este sentido, las enfermeras tienen mucho que aportar, pudiendo ayudar a las mujeres a dejar de fumar a lo largo de todo el proceso y colaborando igualmente con el resto del equipo de salud. Por otro lado, también se necesitan abrir nuevas líneas de investigación respecto al tema, especialmente sobre el posparto, con el fin de evitar las recaídas que habitualmente se producen en él y poder mantener así a las mujeres sin fumar por más tiempo. Todas estas acciones tienen, en definitiva, una meta común, y es disminuir el consumo de tabaco entre la población, un hábito que, desafortunadamente, ya se ha cobrado demasiadas víctimas.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Notas descriptivas del Tabaco. 2019 jul 26 [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía sobre Drogas [Internet]. 2007 [citado 2020 febr 9]: 9-10. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/Cmonografias.htm>
3. Cárdbaba-Carcíar RM, Cárdbaba-García I. Efectos del hábito tabáquico en el ciclo reproductivo de la mujer y en el neonato. *Metas Enferm*. 2016; 19(4):62-67.
4. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy [Internet]. 2013 [citado 2020 febr 9]; 37-61. Disponible en: <https://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/>
5. National Institute on Drug Abuse [Internet]. ¿Cuáles son los riesgos de fumar durante el embarazo? 2010 mzo 1 [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-los-riesgos-de-fumar-durante-el-embarazo>
6. CA CG, Perez-Gaxiola G. El tabaquismo pasivo en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y mortinatos. *Evid Pediatr* [Internet]. 2011 jun [citado 2020 febr 9];7(2):34. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/5657/el-tabaquismo-pasivo-en-mujeres-embarazadas-aumenta-el-riesgo-de-malformaciones-congenitas-y-mortinatos>
7. Kim HH, Monteiro K, Larson E, Derisier DM. Effects of Smoking and Smoking Cessation during Pregnancy on Adverse Birth Outcomes in Rhode Island, 2012-2014. *R I Med J* [Internet]. 2017 [citado 2020 febr 9];100(6):50–2. Disponible en: <http://www.rimed.org/rimedicaljournal-2017-06.asp>
8. Ribot B, Isern R, Hernández-Martínez C, Canals J, Aranda N, Arija V. Impacto del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido. *Med Clin* [Internet]. 2014 [citado 2020 febr 9];143(2):57–63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-impacto-del-tabaquismo-exposicion-pasiva-S0025775313007884>
9. Organización Mundial de la Salud. MPOWER- Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo [Internet]. 2008 [citado 2020 febr 9];7-36. Disponible en: <https://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>
10. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 2005 [citado 2020 febr 9]; 309: 42241-50. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>
11. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 2010 [citado 2020 febr 9];318:1–7. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>
12. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2019 Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España [Internet]. 2019 [citado 2020 febr 9]; 69-71. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud

- de España [Internet]. 2018 [citado 2020 febr 9]:1-6. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía, editores. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. 2014 [citado 2020 febr 9];23-437 Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
  15. EnFamilia-Asociación Española de Pediatría [Internet]. Consumo de tabaco en el embarazo. 2015 sept 18 [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/noticias/consumo-tabaco-en-embarazo>
  16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado 2020 febr 9]; 61(5):510-527. Disponible en: [https://sego.es/Listado\\_de\\_Numeros](https://sego.es/Listado_de_Numeros)
  17. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health [Internet]. 2018 jul [citado 2020 febr 9]; 6(7): 769–75. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30223-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30223-7/fulltext)
  18. Salinas-Vilca A, Cuevas L, Bermejo-Sánchez E, Galán I. Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco durante el embarazo en España, 1980-2016. En: XXXVII reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XIV Congresso Da Associação Portuguesa de Epidemiologia. Gac Sanit [Internet]. 2019 sep [citado 2020 febr 9]; 33(Espec Congr):84. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-vol-33-num-sc-sumario-X0213911119X00C10>
  19. Santiago-Pérez MI, Pérez-Ríos M, Malvar Pinto A, Hervada Vidal X. Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 jul [citado 2020 febr 9]; 93(1):1-8. Disponible en: <https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=145541>
  20. Mateos-Vílchez PM, Aranda-Regules JM, Díaz-Alonso G, Mesa-Cruz P, Gil-Barcenilla B, Ramos-Monserrat M, *et al*. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo y factores asociados en andalucía, 2007-2012. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2014 jun [citado 2020 febr 9]; 88(3):369–81. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300007)
  21. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: Diferencias entre españolas e inmigrantes. Gac Sanit [Internet]. 2012 abr [citado 2020 febr 9]; 26(2):138–44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200008)
  22. Román Almendros MR, García-Campaña A, Hidalgo-Lacalle M, López-León MC. Perfil de las gestantes y grado de exposición al humo del tabaco. Matronas Prof. 2018; 19(4): 135-14.
  23. Blanco-Pajares S, Garnika Aberásturi I, Ascorbe Martínez C, Valiente López-de Lamela A. Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud, editores. Consumo de tabaco entre las gestantes riojanas e intervenciones que reciben para dejar de fumar [Internet]. 2010 [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560703>
  24. Moore E, Blatt K, Chen A, Van-Hook J, Defranco EA. Factors Associated with Smoking Cessation in Pregnancy. Am J Perinatol [Internet]. 2016 my [citado 2020

- my 5]; 33(6):560–8. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26692202>
25. Serrano Cardona L, Muñoz Mata E. Las consecuencias del tabaquismo durante el embarazo. *Rev Paraninfo Digital* [Internet], 2015 [citado 2020 febr 9]; 22:1-4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/538.php>
  26. Cabello JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica* [Internet]. Alicante: CASPe; 2005 [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
  27. National Institute for Health and Care Excellence. Smoking: stopping in pregnancy and after childbirth [Internet]. 2010 jun 26 [actualizado 2018 mzo; citado 2020 my 5]:5–54. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph26/resources/smoking-stopping-in-pregnancy-and-after-childbirth-pdf-1996240366789>
  28. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, *et al.* Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service [Internet]. 2008 my. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. 2010 my [citado 2020 my 5]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/clinicians/update/index.html>
  29. Siu AL por U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 2015 oct 20 [citado 2020 my 5];163(8):622–34. Disponible en: <https://annals.org/aim/fullarticle/2443060/behavioral-pharmacotherapy-interventions-tobacco-smoking-cessation-adults-including-pregnant-women>
  30. Cooper S, Orton S, Leonardi-Bee J, Brotherton E, Vanderbloemen L, Bowker K, *et al.* Smoking and quit attempts during pregnancy and postpartum: A longitudinal UK cohort. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado 2020 my 5];7:1–12. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e018746.long>
  31. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 2020 febr 9]; 12:1-88. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub5/full/es>
  32. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Otero-Requeijo M, Veiga-Rodeiro S, Sender-Alegría L, Esteban-Herrera A. Servicio de Drogodependencias, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud de La Rioja, editores. *Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar* [Internet]. 2010 [citado 2020 febr 9]; 1–40. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/noticias/2578-salud-edita-la-guia-de-intervencion-en-tabaquismo-durante-el-embarazo?start=1>
  33. Abad-Acebedo I, Álvarez-Sesmero S, Arias-Horcajadas F, Balcells-Valls M, Balseiro-Mazaira E, Bugallo Pardo L, *et al.* *Sociodrogalcohol*, editor. *Guía de Adicciones para especialistas en formación* [Internet]. Valencia; 2018 febr [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/BDInformacionSobredrogas.htm>
  34. Portal de información y prevención sobre drogas del Gobierno de La Rioja [Internet]. Test de Fagerström de dependencia de la nicotina [citado 2020 Febr 9]; p 7. Disponible en: <https://www.infodrogas.org/drogas/tabaco?start=6>
  35. 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* [Internet]. 2017 [citado 2020 febr 9]; 21(36):1–158. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436972/>
36. Míguez Varela MC, Pereira B. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2018 my 30 [citado 2020 febr 9]; 92:1-14. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100406&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100406&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  37. Scheffers-Van Schayck T, Tuijthof M, Otten R, Engels R, Kleinjan M. Smoking Behavior of Women Before, During, and after Pregnancy: Indicators of Smoking, Quitting, and Relapse. *Eur Addict Res* [Internet]. 2019 [citado 2020 my 5]; 25(3):132–44. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/498988>
  38. Román-Gálvez RM, Amezcua-Prieto C, Olmedo-Requena R, Lewis-Mikhael Saad AM, Martínez-Galiano JM, Bueno-Cavanillas A. Partner smoking influences whether mothers quit smoking during pregnancy: a prospective cohort study. *BJOG* [Internet]. 2018 oct 20 [citado 2020 febr 9]; 125(7):820–7. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.14986>
  39. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Otero-Requeijo M, Veiga-Rodeiro S, Sender-Alegría L, Esteban-Herrera A. Servicio de Drogodependencias, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud de La Rioja, editores. Guía de autoayuda para dejar de fumar en la embarazada fumadora [Internet]. 2010 [citado 2020 febr 9]; 5–13. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/noticias/2578-salud-edita-la-guia-de-intervencion-en-tabaquismo-durante-el-embarazo?start=1>
  40. Berlin I, Golmard JL, Jacob N, Tanguy ML, Heishman SJ. Cigarette smoking during pregnancy: Do complete abstinence and low level cigarette smoking have similar impact on birth weight? *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2017 my 1 [citado 2020 febr 9]; 19(5):518–24. Disponible en: <https://academic.oup.com/ntr/article/19/5/518/3590797>
  41. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, *et al*. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 febr 14 [citado 2020 febr 9]; 2:1-430. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001055.pub5/full>
  42. Lin KW, Tarantino DA. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: reaffirmation recommendation statement. *Am Fam Physician* [Internet]. 2010 nov 15 [citado 2020 febr 9]; 82(10):1266-68. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2010/1115/p1266.html>
  43. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 my 31 [citado 2020 my 5]; 5:1-63. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/full>
  44. Basart Gómez-Quintero H, Cerrillo-Cabañero C, Coma-Gassó M, Copetti-Fanlo S, Escuaín-Sánchez JM, Garcia-Rueda B, *et al*. Ballvé-Moreno JL, Garcia-Bernal G, Granollers-Mercader S, Lozano- Fernández J, Ortega-Cuelva G, editores. Guía de intervención grupal en tabaquismo. Programa de Atención Primaria Sin Humo, Agencia de Salud Pública de Cataluña [Internet]; 2015 mrzo [citado 2020 my 5]. Disponible en: [http://www.papsf.cat/Projectes/TIG\\_TabaquismeCast.aspx](http://www.papsf.cat/Projectes/TIG_TabaquismeCast.aspx)
  45. Grupo de trabajo “Tabaco y Mujer”, Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), Consejería de Salud de La Rioja. Cómo prevenir las recaídas después de dejar de fumar durante el embarazo y después del

- nacimiento de tu bebé [Internet]. 2010 [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/noticias/2578-salud-edita-la-guia-de-intervencion-en-tabaquismo-durante-el-embarazo?start=1>
46. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 marzo 4 [citado 2020 my 5]; 12: 1-63. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010078.pub3/full>
  47. Abellán-Ruiz MS, Vera-Catalán T, Agüera-Bolea MC, Conesa-Fuentes MC. ¿Es el tratamiento con parches de nicotina eficaz para dejar de fumar durante el embarazo? *Evidentia* [Internet]. 2015 [citado 2020 my 5]; 12(51-52). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n51-52/ev10031.php>
  48. Gallardo-Doménech MA, Ruiz-Benu D, Grupo Riojano de Abordaje del Tabaquismo, Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía profesional para dejar de fumar. Servicio de Drogodependencias y otras adicciones. Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja; 2017.
  49. Ministerio de Sanidad. CIMA: Centro de Información Online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet, citado 2020 my 5]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
  50. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Terapia conductual de grupo para el abandono del hábito de fumar (Revisión). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 marzo 31 [citado 2020 my 5]; 3: 1-92 Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001007.pub3/abstract/es>
  51. Valverde-Rubio JM, Girauta-Reus H, Milán-Carmona J, Uriarte-Ortega B. Guía de intervención grupal para el abordaje del tabaquismo. En: Consejería de Salud y Consumo de Islas Baleares [Internet]; 2017 abr [citado 2020 febr 9]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/profesionales/publicaciones/adicciones/1040-publicaciones-guia-de-intervencion-grupal-para-el-tratamiento-del-tabaquismo>
  52. Roldán Ruano M. Programa de deshabitación tabáquica para gestantes y sus parejas. *Matronas Prof.* 2015; 16(1):4-9.
  53. Radley A, Ballard P, Eadie D, MacAskill S, Donnelly L, Tappin D. Give It Up for Baby: Outcomes and factors influencing uptake of a pilot smoking cessation incentive scheme for pregnant women. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [citado 2020 febr 9]; 13(1):1–13. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-343>
  54. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 2020 febr 9]; 7:1-78. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009338.pub2/full>
  55. Jones M, Lewis S, Parrott S, Wormall S, Coleman T. Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: A systematic review. *Addiction* [Internet]. 2016 jun [citado 2020 my 5]; 111(6):981–90. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13309>
  56. Pollak KI, Fish LJ, Lyna P, Peterson BL, Swamy GK, Levine MD. Predictors of pregnant quitters' intention to return to smoking postpartum. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2015 jun [citado 2020 my 5]; 17(6):742–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838052/>
  57. Simmons VN, Sutton SK, Quinn GP, Meade CD, Brandon TH. Prepartum and postpartum predictors of smoking. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2014 abr [citado 2020 my 5]; 16(4):461–8. Disponible en:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24203933>
58. Gil-Aguilar A, Maján-Sesmero CT, Piñero-Sánchez Y. Factores relacionados con la recaída al tabaco en el postparto. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2014 [citado 2020 my 5]; 20:1–11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/418.php>
  59. Correa JB, Simmons VN, Sutton SK, Meltzer LR, and Brandon TH. A Content Analysis of Attributions for Resuming Smoking or Maintaining Abstinence in the Post-Partum Period. *Matern Child Health J.* [Internet]. 2015 marzo [citado 2020 my 5]; 19(3): 664-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24996953>
  60. Heppner WL, Ji L, Reitzel LR, Castro Y, Correa-Fernandez V, Vidrine JI *et al.* The role of prepartum motivation in the maintenance of postpartum smoking abstinence. *Health Psychol.* [Internet]. 2011 nov [citado 2020 my 5]; 30(6):736–45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21859215>
  61. Orton S, Coleman T, Lewis S, Cooper S, Jones LL. “I was a full time proper smoker”: A qualitative exploration of smoking in the home after childbirth among women who relapse postpartum. *PLoS One* [Internet]. 2016 jun 16 [citado 2020 my 5]; 11(6):1–16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27308829>
  62. Simonelli MC, Velicer WF. Cluster Subtypes Appropriate for Preventing Postpartum Smoking Relapse. *Addict Behav* [Internet]. 2012 marzo [citado 2020 my 5]; 37(3):280–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22136873>
  63. Shisler S, Homish GG, Molnar DS, Schuetze P, Colder CR, Eiden RD. Predictors of changes in smoking from third trimester to 9 months postpartum. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2016 en [citado 2020 my 5]; 18(1):84–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25744971>
  64. Joseph HM, Emery RL, Bogen DL, Levine MD. The influence of smoking on breast feeding among women who quit smoking during pregnancy. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2017 my 1 [citado 2020 my 5]; 19(5):652–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28403459>
  65. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 oct 28 [citado 2020 my 5]; 10:1-162. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003999.pub6/full>
  66. Guillermo Garcia-Manero, Hui Yang, Shao-Qing Kuang, Susan O'Brien, Deborah Thomas and HK. Washio Y, Higgins ST, Heil SH, Badger GJ, Skelly J, Bernstein IM, *et al.* Examining Maternal Weight Gain During Contingency- Management Treatment for Smoking Cessation Among Pregnant Women. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2011 marzo 1 [citado 2020 my 5]; 114(1): 73–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3027838/>
  67. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 2020 my 5]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>