




Guía de práctica clínica

para ayudar a las mujeres
embarazadas a dejar de fumar



Traducción y adaptación del programa educativo del Colegio
Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) respaldado
por la fundación Robert Wood Johnson

EDITA

Servicio de Drogodependencias
Dirección General de Salud Pública y Consumo
Consejería de Salud
GOBIERNO DE LA RIOJA, 2010

Autores:

Eduardo Olano Espinosa
Blanca Matilla Pardo
Miriam Otero Requeijo
Sergio Veiga Rodeiro
Laura Sender Alegría
Ana Esteban Herrera

Grupo de trabajo "Tabaco y Mujer"
Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET)

I.S.B.N.: 978-84-7359-643-5
D. Legal: LR-72-2010

Índice

INTRODUCCIÓN.....	04
JUSTIFICACIÓN.....	05
Impacto del tabaquismo sobre los costes sanitarios.....	05
¿Es la intervención coste-efectiva?.....	05
LA INTERVENCIÓN PARA EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO.....	07
DIRECTRICES BASADAS EN LA EVIDENCIA: “Las 5 Aes”.....	09
1ª A. Averiguar (1 minuto).....	10
2ª A. Aconsejar (1 minuto).....	12
3ª A. Ampliar el diagnóstico (1 minuto).....	16
4ª A. Ayudar (3 + minutos).....	16
5ª A. Acordar un seguimiento (1 + minuto).....	18
LA INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA.....	19
CUANDO LA PACIENTE NO QUIERE INTENTAR EL ABANDONO: “Las 5 Erres”.....	21
1. Relevancia (Relevance)	21
2. Riesgos (Risk)	21
3. Recompensas (Reward).....	22
4. Barreras (Roadblock).....	22
5. Repetición (Repeat).....	22
LAS RECAÍDAS POSTPARTO.....	24
SEIS PASOS PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA.....	26
PASO 1. Desarrollar el compromiso	26
PASO 2. Involucrar al personal desde el principio del proceso	26
PASO 3. Asignación del responsable del programa.....	27
PASO 4. Entrenamiento.....	27
PASO 5. Adaptar los procedimientos a escenarios específicos.....	28
PASO 6. Monitorizar la puesta en marcha y proporcionar retroalimentación.....	28
“Las 5 Aes” LISTA PARA EL SANITARIO.....	30
1ª A. Averiguar (1 minuto).....	30
2ª A. Aconsejar (1 minuto).....	30
3ª A. Ampliar el diagnóstico (1 minuto).....	30
4ª A. Ayudar (3 minutos).....	31
5ª A. Acordar un seguimiento (1 + minuto).....	31
GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE “Las 5 Aes”.....	32
1ª A. Averiguar (1 minuto).....	32
2ª A. Aconsejar (1 minuto).....	32
3ª A. Ampliar el diagnóstico (1 minuto).....	33
4ª A. Ayudar (3 + minutos).....	33
5ª A. Acordar un seguimiento (1 + minuto).....	33
ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO: ALGORITMO DE LAS “5 Aes”.....	35
ATENCIÓN AL FUMADOR EN LA RIOJA: CIRCUITO ASISTENCIAL	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37

Introducción

Fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre. Está asociado a grandes riesgos para la salud del bebé, como bajo peso al nacer, parto pretérmino, abrupcio placentae, síndrome de muerte súbita del lactante y aumento de las enfermedades respiratorias en la infancia, así como posiblemente con efectos cognitivos manifestados como dificultades de aprendizaje y desórdenes de la conducta.¹⁻⁵

El consumo de tabaco también se asocia con graves riesgos para salud de la madre, tanto a corto plazo (embarazo ectópico, rotura prematura de membranas, complicaciones placentarias, parto pretérmino y aborto espontáneo) como a largo plazo (enfermedad cardiovascular, cáncer, muerte prematura y otros problemas de salud).⁶

Fumar durante el embarazo sigue siendo un grave problema de salud pública: a pesar de ser conocidos los riesgos sobre la salud asociados a esta conducta, muchas mujeres siguen fumando aún después de saber que están embarazadas.^{6,7} En España, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2006, fuman casi el 30% de mujeres entre 16 y 44 años, cifra que asciende al 33,5% si le añadimos el 3,5% de mujeres fumadoras ocasionales.

Muchas de estas mujeres necesitan ayuda para dejarlo y los proveedores de cuidados obstétricos están en una posición única para ayudarlas. Hay estrategias disponibles con una gran evidencia científica sobre su efectividad y eficiencia que deben integrarse en la rutina asistencial.

Por todo ello, el **Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología** (ACOG) recomienda a los obstetras que **pregunten a todas las embarazadas** si fuman o no y les **ofrezcan tratamiento para dejar de fumar** si procede.



El presente programa proporciona los antecedentes y las herramientas necesarias para que cualquier clínico desarrolle una intervención conductual que ayude a sus pacientes embarazadas a dejar de fumar. La intervención descrita consiste en cinco pasos, es fácilmente integrable en la rutina diaria, requiere una inversión muy razonable de tiempo y recursos y está respaldada por los máximos niveles de evidencia.

Justificación

Un abordaje adecuado del uso y dependencia del tabaco en la gestante puede tener un efecto muy significativo en el resultado de un embarazo.

La revisión de la literatura nos indica que, eliminando el tabaco en el embarazo, se produce una reducción del 20% en el número de niños con bajo peso al nacer, del 17% en los partos pretérmino y una media de aumento del peso del recién nacido de 28 gramos, que puede notarse incluso dejándolo en la 30ª semana.^{8,9}

Dejar de fumar no sólo reduce los riesgos de problemas de salud para el bebé y las complicaciones durante el parto, sino que también mejora la salud a largo plazo de la madre. El tabaquismo está asociado con muchos riesgos para las mujeres, como la enfermedad cardiovascular (la mayoría de las enfermedades coronarias en mujeres menores de 50 años son atribuibles al tabaco),⁶ el cáncer de pulmón (1ª causa de muerte por cáncer en mujeres desde 1987 en Estados Unidos y responsable de más del 90% de los mismos)⁶ y la muerte prematura (el riesgo anual de muerte es entre un 80 y un 90% más alto en fumadoras que en no fumadoras). Dejar de fumar reduce sustancialmente el riesgo de enfermedad coronaria incluso durante el 1º año, y de otros problemas de salud a largo plazo, como el cáncer de cérvix, enfermedades renales, respiratorias, fractura de cadera, alteraciones menstruales, menopausia precoz, infertilidad y depresión.⁶


Impacto del tabaquismo sobre los costes sanitarios

Dejar de fumar puede reducir enormemente los costes del cuidado de las embarazadas. Las complicaciones relacionadas con el tabaquismo durante y después del embarazo son muy costosas. Según el CDC, en 1995 los costes anuales atribuibles al tabaco por nacimientos complicados, asumiendo una prevalencia de tabaquismo en embarazadas de un 19%, fueron de 1.400 millones de dólares.¹¹

Dado que sólo aproximadamente un 25% de las gestantes dejan de fumar durante el embarazo, y que de ellas el 70% vuelven a fumar tras el parto, hay un gran potencial para aumentar el impacto en los costes de salud a largo plazo.^{12,13}

¿Es la intervención coste-efectiva?

En el momento actual, debido a la acusada influencia de los costes en los cuidados de salud, los clínicos deben a menudo justificar los mismos, así como el tiempo empleado en los distintos componentes de los cuidados prestados al paciente. A este respecto, se han hecho varios análisis sobre la eficiencia de estas intervenciones para ayudar a la gente a dejar de fumar.³⁶⁻⁴⁰



Aunque estos costes varían según el método de evaluación, los ensayos muestran consistentemente que la intervención es coste-efectiva. En la guía del año 1996 del “US Public Health Service” (PHS), el análisis coste-efectividad demostró que las intervenciones para ayudar a las personas para dejar de fumar son extremadamente eficientes comparadas con otras intervenciones preventivas.³⁷ El análisis concluyó en un coste aproximado de 2.587 dólares por año de vida ganado, mientras que, como referencia, el screening con mamografías periódicas del cáncer de mama cuesta aproximadamente 50.000 dólares por año de vida ganado, y el tratamiento de la hipercolesterolemia severa más de 100.000.

La evaluación de estas intervenciones sobre las mujeres embarazadas en clínicas públicas de Estados Unidos demuestra que añadir información específicamente diseñada para el embarazo es más coste-efectivo que dar sólo información general sobre cómo dejar de fumar.³⁶ Un análisis del coste-efectividad de un programa para dejar de fumar diseñado específicamente para prevenir nacimientos de bajo peso y mortalidad prenatal resultó en una tasa de abstinencia del 15% entre las participantes, lo cual trajo consigo un aumento de 5.876 niños con un peso normal al nacer, con un ahorro de 4.000 dólares por cada uno, y la prevención de 338 muertes con un ahorro de 69.542 dólares por cada una de las evitadas.

Considerando el coste del tratamiento en una UCI de neonatos, los analistas calcularon un ahorro cifrado en 77,8 millones de dólares, o sea, 3,31 dólares por cada uno de los gastados en el programa de cesación tabáquica. Si se incluye la morbilidad a largo plazo, el ratio ahorro/gasto se incrementa a 6/1.⁴⁰

Otro aspecto de los costes es el tiempo que se necesita para ayudar a un paciente a dejar de fumar. Tras revisar los datos de los ensayos clínicos, el panel de expertos recomendó un tiempo total de intervención de entre 5 y 15 minutos y añadir materiales de auto-ayuda, con un tiempo mínimo recomendado para cada paso del proceso de intervención.^{1,7,41}

La intervención para el abordaje del tabaquismo

Las propiedades adictivas de la nicotina hacen poco probable que la mayoría de las fumadoras puedan dejar de fumar sin algún tipo de ayuda.

Al ver regularmente a las pacientes durante el embarazo, los obstetras y otros proveedores de cuidados prenatales están en una posición única para proporcionarles ayuda mediante estrategias conductuales diseñadas específicamente para ayudar a estas mujeres a dejar de fumar.

El embarazo es un periodo especialmente receptivo para los cuidados de salud. Es más probable que una mujer deje de fumar durante el embarazo que en cualquier otro momento de su vida.⁶ Una futura madre está generalmente muy motivada para hacer todo lo que esté en su mano para tener un bebé más sano. Los clínicos pueden utilizar esta motivación para ayudar a que sus pacientes logren cambios permanentes en sus estilos de vida, muy saludables para ellas y para sus familias.

Pese a que las intervenciones para dejar de fumar han demostrado aumentar las tasas de abstinencia al tabaco a largo plazo, generalmente no están integradas en las rutinas de las visitas prenatales.¹⁴⁻¹⁹ En un estudio de las intervenciones sobre el tabaquismo que realizaban los ginecólogos y obstetras en Alabama, casi todos contestaban que “siempre” preguntaban a la paciente si fumaba o no (93%) y que les aconsejaban dejarlo (90%); sin embargo, muy pocos de los encuestados ofrecían su ayuda a las pacientes (28%) o les hacían un seguimiento (24%).²⁰ Probablemente los clínicos no saben qué intervenciones breves, usando materiales de auto-ayuda específicos para embarazadas, pueden aumentar notablemente las tasas de abstinencia.²¹

Las recomendaciones originales para una intervención específica sobre las embarazadas fumadoras están basadas en el meta-análisis realizado para la Guía del US Public Health Service (PHS) del año 2008.¹ El panel de expertos concluyó que:



Conclusiones GPC 2008:

- El embarazo es un periodo especialmente indicado para intervenir sobre el tabaquismo.
- Un asesoramiento breve es más efectivo que un simple consejo y, si se acompaña de un material de auto-ayuda específico para embarazadas ofrecido por un profesional entrenado, puede aumentar las tasas de abstinencia entre un 30 y un 70% comparado con las conseguidas con un simple consejo.^{7,21}
- Este tipo de intervenciones se demostró más efectiva en pacientes que fumaban menos de 20 cigarrillos/día.

Este panel de expertos hizo tres recomendaciones específicas (ver **Tabla 1**) y presentó hallazgos que mostraban una Odds Ratio de 2,8 para las intervenciones de entre 5 y 15 minutos impartidas por un clínico y acompañadas de material de auto-ayuda específico comparadas con el simple consejo para dejar de fumar.^{1,8,21} Estas intervenciones incrementaban significativamente las tasas de cesación en embarazadas fumadoras,^{7,21} aunque algunas mujeres, especialmente si son grandes fumadoras pueden ser susceptibles de un asesoramiento más intensivo.⁷

Tabla 1. El tratamiento de la dependencia de la nicotina durante el embarazo: recomendaciones NHS 2008

- **Recomendación. Fuerza de evidencia A*:** debido a los serios riesgos que el fumar ocasiona durante el embarazo tanto a la madre como al feto/embrión, a toda embarazada le debe ser ofrecido en cualquier contacto con un clínico una intervención psicosocial que supere la duración de un consejo sanitario breve.
- **Recomendación. Fuerza de evidencia B*:** aunque la abstinencia nicotínica durante el embarazo produce los máximos beneficios tanto al bebé como a la madre cuando es precoz, dejar de fumar en cualquier momento del embarazo conlleva beneficios. Por ello, los clínicos deben ofrecer intervenciones efectivas para dejar de fumar a toda fumadora embarazada desde la primera visita prenatal y durante todo el curso del embarazo.
- **Recomendación. Fuerza de evidencia C*:** la farmacoterapia debe considerarse cuando una embarazada fumadora no logra dejar de fumar de ninguna otra manera y cuando los beneficios de dejar de fumar superan los riesgos de seguir fumando y los potenciales riesgos del propio tratamiento.

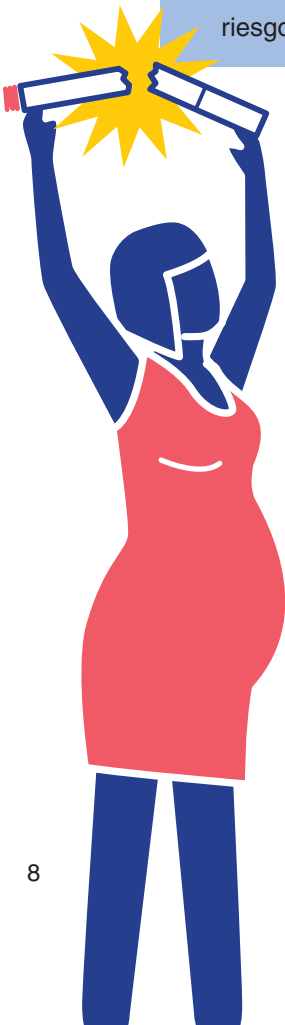
***A:** varios ensayos clínicos aleatorizados y controlados bien diseñados, directamente relevantes para la recomendación, con evidencia significativa.

***B:** alguna evidencia de ensayos clínicos, sin un soporte óptimo.

***C:** reservado a situaciones clínicas importantes, donde se llega a un consenso de expertos sin que existan ensayos clínicos relevantes.

Punto clave:

EL ASESORAMIENTO BREVE PUEDE INCREMENTAR LAS TASAS DE CESE ENTRE EL 30 Y EL 70%



Directrices basadas en la evidencia: “Las 5 Aes”

La intervención recomendada en la práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar es un protocolo de intervención breve y estructurado en cinco pasos, conocido como “Las 5 Aes”, e incluye:

- 1º. Averiguar si la gestante fuma o no (*Ask*).
- 2º. Aconsejarle que deje de fumar (*Advise*).
- 3º. Ampliar el diagnóstico, averiguando si desea o no hacer un intento para dejar de fumar (*Assess*).
- 4º. Ayudarle, si procede, en el intento de abandono (*Assist*).
- 5º. Acordar con ella un seguimiento (*Arrange*).

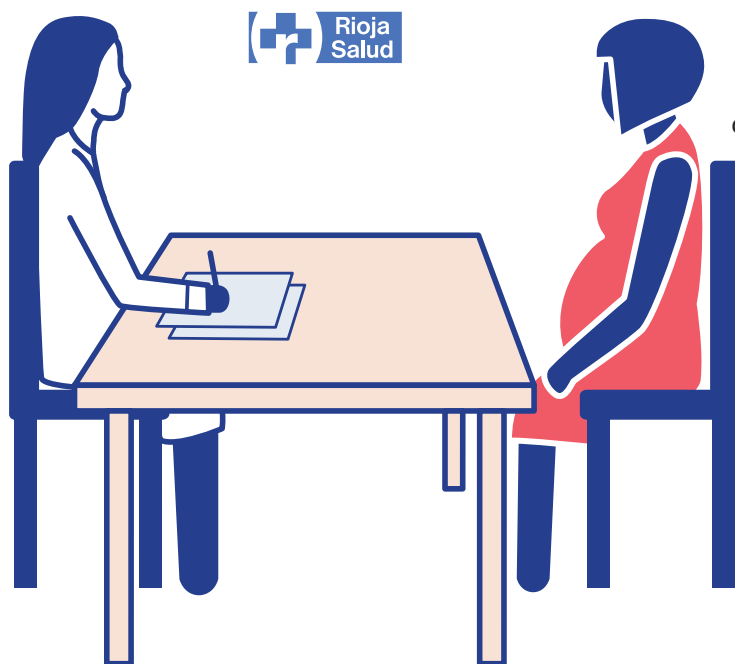
Este enfoque fue originalmente diseñado por el Nacional Cancer Institute (NCI) de los Estados Unidos, y ha sido revisado y puesto al día por varios grupos de instituciones públicas, privadas y sociedades científicas en base a numerosa evidencia científica reciente y de alta calidad.^{7,22,23} La Guía del PHS describe la intervención en detalle y contiene un tema sobre poblaciones especiales que incluye a embarazadas.^{1,2,7} Esta Guía plantea el tabaquismo como una condición crónica similar a la diabetes o la hipertensión y pone de relieve la necesidad de un consejo consistente y regular. Esta perspectiva reconoce la dificultad de dejar de fumar y de permanecer abstinentes debido a las propiedades adictivas del tabaco.

Sirviéndose de este modelo, ACOG publicó un boletín educacional específicamente diseñado para mujeres embarazadas.¹⁰ La información de la Guía del PHS, del boletín de ACOG e información adicional publicada en la literatura médica sobre cómo usar el modelo de “Las 5 Aes” han sido fusionadas en esta guía para ofrecer a los clínicos un recurso completo para ayudar a las embarazadas a dejar de fumar.^{1,7,10}

Si el modelo de las “Las 5 Aes” se integra en la rutina diaria, el tiempo necesario es mínimo – medido en minutos- y cobra mucha importancia por el potencial de reducir los riesgos para la salud que el fumar implica para la madre y el bebé. El registro lingüístico empleado debe ser adaptado al lenguaje del clínico y a las necesidades individuales de las pacientes.

1ª A. Averiguar (1 minuto)

Pregunte a la paciente sobre su consumo de tabaco en la primera visita, regístrelo y sígalo en cada visita.



Preguntar sobre el consumo de tabaco debería formar parte obligada de la historia clínica inicial de toda embarazada.

El estigma social que significa fumar, especialmente durante el embarazo, puede hacer que algunas pacientes se sientan incómodas en el momento de comentar si fuman y cuánto.

Algunos datos sugieren que del 13% al 26% de embarazadas fumadoras no revelan que fuman cuando son preguntadas directamente sobre ello como parte de una entrevista clínica rutinaria.²⁵

La manera en que algunos clínicos preguntan sobre el consumo de tabaco durante la entrevista puede mejorar mucho la exactitud de la respuesta (ver Cómo intervenir). En vez de hacer a la paciente una pregunta cerrada con respuesta si/no como “¿Fuma usted?”, son más útiles las preguntas abiertas, pues aumentan las posibilidades de que la mujer se revele como fumadora y proporcionan información más útil para el consejo. Este tipo de aproximación mejora el porcentaje diagnóstico hasta en un 40% de mujeres de diversos grupos étnicos.²⁶ Como ejemplo puede servir el siguiente cuestionario, que puede ser autoadministrado.

Por favor, señale con una X cual de las frases describe mejor su consumo de tabaco:

- Nunca he fumado o he fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.
- Dejé de fumar antes de saber que estaba embarazada y ahora sigo sin fumar.
- Dejé de fumar después de saber que estaba embarazada y ahora sigo sin fumar.
- Fumo algo, pero reduje el número de cigarrillos al saber que estaba embarazada.
- Fumo regularmente, aproximadamente lo mismo que cuando supe que estaba embarazada.

Las preguntas sobre el consumo del tabaco pueden ser incluidas bien en una encuesta escrita autocumplimentada o como parte de la entrevista, pues han demostrado ser efectivas tanto en formato escrito como oral.²⁸ Cuando se pregunta a pacientes adolescentes sobre el consumo del tabaco, conviene tener en cuenta que pueden desarrollar dependencia muy rápido y convertirse en fumadoras regulares una vez que han fumado más de 100 cigarrillos.²⁸

Algunos clínicos utilizan marcadores fisiológicos tales como tests de orina y de sangre para determinar si una paciente está fumando. La mejor manera de validar la información de la paciente sobre su consumo de tabaco son los niveles de cotinina en sangre, orina o saliva. El monóxido de carbono en aire espirado es otra manera de determinar su relación con el tabaco. Estos tests son innecesarios para llevar a cabo un consejo satisfactorio en la práctica clínica y generalmente sólo se utilizan en los ensayos clínicos. No obstante, se ha sugerido que la monitorización y la comunicación de los resultados pueden ser usadas como una herramienta de motivación para ciertas personas fumadoras. El monóxido de carbono espirado puede ser un incentivo tangible para dejar de fumar; para algunos pacientes, por ejemplo, soplar “aire limpio” puede reforzar la idea de que las toxinas están siendo eliminadas de su organismo.

Fumar es uno de los pocos factores de riesgo importantes que es modificable; por ello, debe monitorizarse como una constante vital en cada visita, como se hace, por ejemplo, con la tensión arterial.

Punto clave:

PREGUNTAR SOBRE EL CONSUMO DE TABACO DEBE FORMAR PARTE OBLIGADA DE LA HISTORIA CLÍNICA INICIAL DE TODA EMBARAZADA

Tabla 2. Herramientas accesorias para el método de “Las 5 Aes”

1. Averiguar:

- Cuestionarios de respuestas múltiples para indicar el estatus de consumo.
- Recordatorios en las historias clínicas para identificar a la fumadora.
- Monitorización del estatus de consumo como una constante vital.

2. aconsejar:

- Material educativo sobre “Beneficios de dejar de fumar para la salud de la madre y del bebé”
- “Lista de motivos para dejar de fumar”

3. Ampliar:

- Calendario para ayudar a la paciente a elegir una fecha para el abandono del tabaco.

4. Ayudar:

- Prescribir el abandonar el tabaco, incluyendo la fecha de abandono del mismo.
- “Contrato de abandono” entre la paciente y el clínico.
- “Auto-registro” diario de la conducta de fumar.

5. Acordar un seguimiento:

- Lista de recursos para que las pacientes tengan ayuda e información adicional.
- Teléfonos de ayuda a la fumadora.
- Cartas de felicitación de la clínica o servicio.

Nota: algunas de las herramientas utilizadas en cada paso no se requieren para el trabajo de intervención, sino que pueden ser utilizadas por el clínico y otros miembros del personal para recabar información y por cuestiones organizativas.

2ª A. Aconsejar (1 minuto)

Aconseje a todas las fumadoras que abandonen el consumo de tabaco.

El consejo para dejar de fumar debe de ser claro, firme y personalizado, con mensajes inequívocos sobre sus beneficios, tanto para la paciente como para su bebé. Una manera efectiva de comenzar la conversación sobre el abandono sería: “El mejor consejo que puedo darle para que usted mejore su salud y la de su bebé es que abandone el tabaco”.

Punto clave: EL CONSEJO DEBE SER CLARO, FIRME Y PERSONALIZADO

Los consejos adicionales deben ser confeccionados a la medida de cada paciente, usando un lenguaje positivo y enfocado en los beneficios del abandono del tabaco. Aunque los clínicos conocen los peligros que el consumo de tabaco tiene para los niños y los riesgos a largo plazo para la salud de la madre, es común que las pacientes los minimicen.

Poner el énfasis de nuestro discurso en las consecuencias negativas de fumar, como el bajo peso al nacer o las complicaciones en el parto, puede ser poco efectivo en pacientes que creen que no están en riesgo, especialmente si ellas mismas o alguien a quien ellas conocen no han tenido complicaciones durante sus embarazos mientras fumaban. Además, puede generar resistencias en las pacientes. Describir las cosas buenas que la paciente puede hacer por ella y por su bebé dejando de fumar apela a su deseo de ser una buena madre. La **Tabla 3** incluye ejemplos de beneficios de dejar de fumar que los clínicos pueden usar cuando aconsejen a sus pacientes.

Tabla 3. Efectos positivos del abandono del tabaco durante el embarazo

- Tu bebé tendrá más oxígeno, ya desde el primer día después de haberlo dejado.
- Los pulmones de tu bebé trabajarán mejor.
- Disminuye el riesgo de parto prematuro.
- Hay más posibilidades de que den de alta a tu bebé contigo tras el parto.
- Tendrás menos riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco, como ataques al corazón, trombosis cerebrales, cáncer de pulmón, bronquitis crónica, etc.
- Tendrás más posibilidades de conocer a tus nietos.
- Tendrás más energía y respirarás mejor.
- Tendrás más dinero para gastar en otras cosas.
- Tu ropa, tu pelo y tu casa olerán mejor.
- La comida te sabrá mejor.
- Te sentirás muy bien por lo que has hecho por tu salud y la de tu bebé.



Las pacientes pueden dudar de que los clínicos entiendan la dificultad de abandonar el tabaco. Reconocer las dificultades del abandono y proporcionar ánimo pueden hacer a la paciente más receptiva al consejo. También conviene incluir una razón personal para el abandono identificada por la propia paciente. La siguiente frase es un ejemplo de cómo reconocer las dificultades del abandono al mismo tiempo que se ofrece ánimo: “Ya sé que le estoy pidiendo hacer algo que requiere un gran esfuerzo, pero mi mejor consejo para usted y para su bebé es que abandone el tabaco. Dejar de fumar le va a ayudar a sentirse mejor y a proporcionar un ambiente saludable para su bebé.”²⁴

Una paciente puede tener la impresión de que pasa mucho tiempo después de dejar de fumar y antes de que mejore su salud o la de su bebé, pero los beneficios comienzan inmediatamente. La **Tabla 4** nos explica lo rápido que ocurren los cambios beneficiosos para su salud.²⁹ Otras preguntas de las pacientes sobre el abandono del tabaco y ejemplos de respuestas están incluidas en la **Tabla 5**.

Tabla 4. Calendario de beneficios obtenidos con el abandono del tabaco	
Tiempo desde el abandono	Beneficios
20 minutos	La presión arterial y la frecuencia cardiaca vuelven a la normalidad.
8 horas	El nivel de oxígeno se normaliza. Los niveles de nicotina y CO se reducen a la mitad.
24 horas	El CO se elimina del cuerpo. Los pulmones comienzan a eliminar moco.
48 horas	La nicotina se elimina del cuerpo. El gusto y el olfato comienzan a mejorar.
72 horas	La respiración se vuelve más fácil. Los bronquios comienzan a relajarse.
2 a 12 semanas	Mejora la circulación.
3 a 9 meses	La función pulmonar se incrementa. Se reducen la tos y otros problemas respiratorios.
1 año	El riesgo de un ataque al corazón se reduce en un 50%.
10 años	El riesgo de cáncer de pulmón se reduce en un 50%.
15 años	El riesgo de un ataque al corazón es casi el mismo que el de alguien que nunca ha fumado.

La importancia de dar un consejo inequívoco para dejar de fumar es grande, y reprender a la paciente no es efectivo. Si usted le indica que su mejor consejo para mejorar su salud es el abandono del tabaco, se lo habrá dicho claramente y sin censurar a nadie.

Punto clave:

EL CONSEJO DEBE CENTRARSE EN LOS ASPECTOS POSITIVOS QUE SE CONSIGUEN AL DEJAR DE FUMAR, EVITANDO LOS NEGATIVOS

Tabla 5. Ejemplo de diálogo para solventar las dudas de las pacientes sobre el abandono del tabaco

- PACIENTE (P): “Dejarlo completamente parece muy difícil. ¿No vale con que reduzca el número de cigarrillos?”
- CLÍNICO (C): “La información médica que tenemos sugiere que fumar incluso unos pocos cigarrillos al día puede dañar a su bebé. Es mejor dejarlo completamente.”⁴³
- P: “Estoy preocupada por el síndrome de abstinencia.”
- C: “Los síntomas del síndrome de abstinencia son señales de que su cuerpo se está curando. Serán mayores durante las primeras semanas, pero son normales y temporales, y se irán reduciendo con el tiempo. Le puedo proporcionar algunas estrategias para resolver problemas que se va a encontrar cuando lo deje” (ver **Tabla 6**).
- P: “He oído que la mayoría de la gente gana peso cuando lo deja. Estoy bastante preocupada con la ganancia de peso por el embarazo y no quiero que sea aún mayor.”
- C: “El aumento de peso durante el embarazo es normal. El aumento de peso que se puede ganar al dejar de fumar generalmente no es mayor de tres kilos. El peso que gane va a ser siempre mucho menos perjudicial que el riesgo que conlleva el seguir fumando. Una vez que haya abandonado el tabaco, trabajaremos otras estrategias para que mantenga un peso saludable.”



Tabla 6. Sugerencias para ayudar a las pacientes a superar las barreras con éxito

Barreras	Estrategias
Mal humor	Practique ejercicio físico, como caminar. Haga respiraciones profundas. Hable con un amig@.
Estar con otros fumadores	Pase más tiempo con amigos que no fumen. Pida a los demás que no fumen en su presencia. Establezca una zona “libre de humo” en su casa. Evite estar con personas fumadoras cuando tenga ganas de fumar.
Desencadenantes	Identifique y adelántese a situaciones que puedan desencadenar su deseo de fumar, como reuniones sociales, llamar por teléfono o situaciones estresantes. Cambie algunas rutinas: nada más terminar de comer o levantarse por la mañana, cepílese los dientes o dé un paseo. Dedíquese a actividades que le distraigan: jardinería, lectura, escuchar música, etc.
En general	Incluso una calada aumenta el riesgo de recaída. Los síntomas del síndrome de abstinencia dan ganas de fumar y dificultan la concentración, pero son normales y sólo durarán unas semanas. La mayoría de la gente tiene varias recaídas antes de tener éxito. Un “desliz” no es un fracaso; aprenda de él e inténtelo de nuevo.



3ª A. Ampliar el diagnóstico (1 minuto)

Amplíe el diagnóstico, averiguando la intención de la paciente de dejar de fumar

Después de aconsejar a la paciente que abandone el tabaco y responder a sus preguntas, el clínico debe averiguar si la paciente tiene intención de abandonarlo en los siguientes 30 días. El plazo de tiempo puede variar dependiendo de la próxima visita o de lo avanzada que esté la gestación.

Para las mujeres que estén decididas a dejarlo en el próximo mes o en el tiempo que el clínico determine, se pasará a la 4ª A (Ayudar). Para las que no lo estén, el clínico debe utilizar técnicas diseñadas para incrementar la motivación de la paciente.

4ª A. Ayudar (3 + minutos)

Ayudar con un plan que incluya apoyo del clínico, materiales de auto-ayuda, técnicas de resolución de problemas e identificación de apoyo social

En este paso, el clínico debe animar a la paciente a usar técnicas de resolución de problemas, ofrecerle apoyo como una parte más del tratamiento y ayudarle a buscar ayuda en su entorno. En los materiales de auto-ayuda específicos para dejar de fumar durante la gestación encontraremos desarrolladas estas técnicas.

Una buena manera de comenzar es intentar pactar una fecha para el abandono del tabaco. Podemos comenzar diciendo: *“Debe elegir una fecha para dejar de fumar, eso le ayudará a prepararse con antelación. ¿Sería más fácil un día entre semana o en fin de semana?”*

Este acercamiento directo es generalmente bien recibido por las pacientes como una señal del interés por parte del clínico.²⁴ Es recomendable evitar fechas significativas como cumpleaños o aniversarios. Algunos clínicos usan contratos escritos de abandono.

Punto clave: ESTABLECER UN “DÍA D”



EJEMPLO DE CONTRATO DE ABANDONO

Me comprometo a dejar de fumar el día __ / __ / ____

Entiendo que dejar de fumar es lo mejor que puedo hacer para mejorar mi salud y la de mi bebé.

Firma de la paciente

Firma del sanitario

Fecha

Una vez que la paciente ha acordado la fecha, los clínicos o el personal administrativo pueden proporcionar refuerzos, como cartas de felicitación o llamadas telefónicas de seguimiento. Aunque esto no está incluido en el método de las “Las 5 Aes”; proporciona a la paciente ánimo y ayuda con un mínimo coste. Pueden encontrarse algunas ideas para reforzar a las pacientes su decisión de abandono del tabaco en la **Tabla 5**.

Proporcionar técnicas básicas de resolución de problemas para ayudar a la paciente a hacer frente a los deseos urgentes e intensos (craving), los síntomas de abstinencia o determinadas situaciones sociales incrementan la posibilidad de éxito.^{1,30} Las pacientes se pueden sentir sobrepasadas por la gran cantidad de barreras potenciales que existen para el abandono. Los clínicos pueden ayudar a la paciente a identificar una o dos áreas sobre las que centrarse y proporcionar técnicas de resolución de problemas o materiales de autoayuda adecuados. Debido a las limitaciones del tiempo durante la entrevista, es aconsejable pedir a la paciente que priorice situaciones conflictivas como, por ejemplo, manejar los síntomas de abstinencia, o el craving en situaciones sociales o por la mañana temprano. La ayuda para la resolución de problemas se puede extender a lo largo de varias visitas. Los problemas más comunes con los que se encuentran las pacientes al abandonar el tabaco se enumeran en la **Tabla 6**.

El apoyo, tanto del entorno clínico como social de la paciente, es muy importante en este paso.^{1,7} Todo el personal que tiene contacto con la paciente debe saber que está dejando el tabaco y estar preparado para animarla en sus progresos. También se debe ayudar a la paciente a identificar a las personas de su entorno que estén dispuestas a ayudarla en su proceso de dejar de fumar. La pareja de la paciente puede no ser la mejor elección. Si éste es el caso, averigüe con la paciente otras personas de su círculo familiar o social en los que tenga confianza para que la ayuden en el proceso.

Los materiales específicos de auto-ayuda durante la gestación son una parte muy importante de la asistencia. Las intervenciones en las que han sido usados muestran me-



jores resultados en ensayos clínicos que aquellas en las que no se utilizaron.^{7,31} Deben reforzar los consejos ofrecidos en la 4ª A (Ayudar) y potenciar los beneficios obtenidos con el abandono. Deben estar disponibles en formato escrito o fácil de imprimir y adaptados a la paciente. Los materiales de auto-ayuda son más efectivos que no hacer nada, y cubren en parte la posible falta de intervención (OR1,9 IC 95% de1,2-2,9).¹

5ª A. Acordar un seguimiento (1+ minutos)

Acordar un seguimiento para monitorizar el abandono del tabaco y proporcionar apoyo

Las visitas de seguimiento deben incluir repetidas valoraciones del estatus de consumo. Para las pacientes que están dejando de fumar, estas visitas deben permitirles tiempo para comprobar sus progresos, reforzar las estrategias que la están llevando al abandono y proporcionar herramientas para la resolución de los problemas que vayan surgiendo.

Es muy importante el proporcionar refuerzos positivos por cada esfuerzo que hagan y cada logro que alcancen para así mantener la motivación.

A las pacientes que siguen fumando debe aconsejarseles en cualquier oportunidad que se tenga que lo dejen. Aquellas grandes fumadoras o aquellas que han recaído deberían recibir una intervención más intensiva.



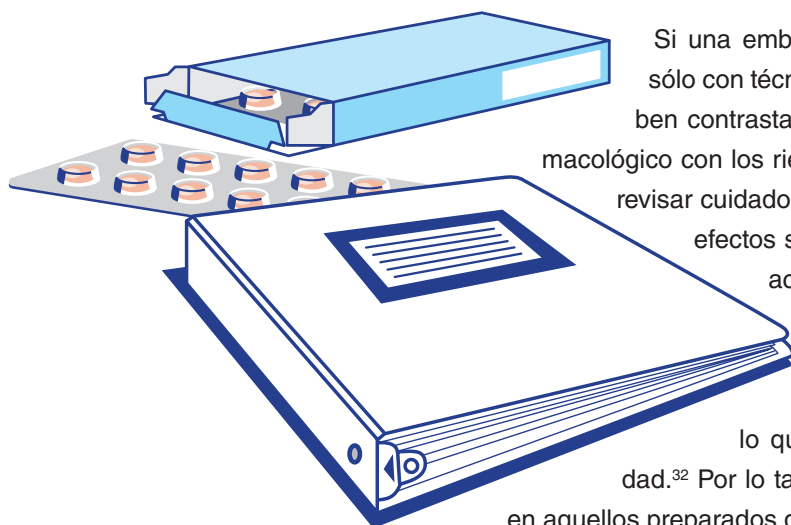
[La intervención farmacológica]

Las pacientes gestantes deberían intentar el abandono del tabaco sin ayuda farmacológica.

La Guía del PHS para el abandono del tabaco¹ establece que, con las evidencias de las que disponemos actualmente, el panel de expertos no pudo hacer recomendaciones sobre el uso de los fármacos durante la gestación.

El método de “Las 5 Aes” ha mostrado ser una estrategia efectiva, pero aquellas fumadoras que no han obtenido respuesta positiva con las técnicas conductuales podrían beneficiarse de la adición de terapia farmacológica a su plan de intervención.

Hay varios tratamientos farmacológicos de primera elección para el abandono del tabaco en población general, que incluyen la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) en forma de chicles, parches y comprimidos para chupar. Los otros fármacos de primera línea para el tratamiento de la dependencia de la nicotina (Bupropión y Vareniclina) no deben usarse nunca en estas pacientes, pues carecemos de pruebas sobre su eficacia y seguridad en gestantes.




Si una embarazada ha sido incapaz de dejar de fumar sólo con técnicas conductuales, el clínico y la paciente deben contrastar los riesgos y la eficacia del tratamiento farmacológico con los riesgos de continuar fumando.¹ El clínico debe revisar cuidadosamente la historia de la paciente, el perfil de efectos secundarios de los fármacos y la información actualizada en la literatura médica antes de recomendar un tratamiento farmacológico.

La TSN expone al feto a la nicotina, lo que puede por sí mismo producir neurotoxicidad.³² Por lo tanto, si se usa, debe hacerse preferiblemente en aquellos preparados que permiten una dosificación intermitente, ya que los parches exponen al feto a una dosis continua de nicotina.

Los antidepresivos usados para la deshabituación tabáquica, como nortriptilina y bupropión, conllevan riesgos adversos de otro tipo, como efectos anticolinérgicos con el primero e insomnio y rinitis con el segundo. Las mujeres lactantes no deben usar bupropión porque el fármaco y sus metabolitos se excretan en la leche materna.³³

Debido a que los fármacos usados para la deshabituación tabáquica no han sido testados en ensayos clínicos con gestantes, el balance riesgos/beneficios no está claro. Se debe seleccionar la me-



nor dosis efectiva para cualquier fármaco. Se sugiere monitorizar los niveles sanguíneos de nicotina con cualquier sustituto de la misma. La exposición infantil a ingredientes activos a través de la leche materna es también importante. La ficha técnica puede proporcionar información que ayude a los clínicos a determinar si un fármaco es apropiado para usar en madres lactantes.

Punto clave:

LAS PACIENTES GESTANTES DEBERÍAN INTENTAR DEJAR DE FUMAR SIN FARMACOLOGÍA

Cuando la paciente no quiere intentar el abandono: “Las 5 Erres”

Una paciente que decline hacer un intento tras el consejo (la 2ª A, Aconsejar) puede tener razones para no intentarlo que es incapaz o no desea expresar, o puede pensar que el riesgo no le concierne a ella.

Las formas de aumentar su motivación para el abandono pueden ser identificadas usando “las 5 Erres”: **Relevancia, Riesgos, Recompensas, Barreras y Repetición** (ver **Tabla 7**).¹ No es necesario tocar las 5 Erres en una visita; el clínico debe considerar sólo las más relevantes, seleccionadas en función de los comentarios de la paciente durante la 2ª A (Aconsejar) y la 3ª A (Ampliar el diagnóstico).

De esta forma, si ella dice que no cree que lo pueda dejar en los próximos 30 días “porque mi marido fuma y él no está preparado para dejarlo” o “porque yo fumé en mi último embarazo y mi bebé está bien”, use la Erre apropiada para ayudarla: en el primer ejemplo considere las **Barreras** y en el segundo considere las **Recompensas**.

Tabla 7. Las 5 Erres

1. **Relevancia (Relevance):** la paciente identifica factores motivacionales.
2. **Riesgos (Risk):** la paciente identifica consecuencias negativas de seguir fumando.
3. **Recompensas (Reward):** la paciente describe cómo dejar de fumar va a beneficiarla a ella y a su familia.
4. **Barreras (Roadblock):** la paciente identifica barreras para dejar de fumar.
5. **Repetición (Repeat):** repítalo en cada visita a pacientes que fuman.

1. Relevancia: estimule a las pacientes a hablar de por qué para ella dejar de fumar va a ser importante -por ejemplo, porque hay niños en casa- y ayúdelas a identificar factores motivacionales por ellas mismas. La idea es unir la motivación para el abandono del tabaco con la situación personal de cada paciente, siendo lo más específico posible.

2. Riesgos: asegúrese de que la paciente comprende bien los riesgos que suponen para la salud de ella y la de su bebé seguir fumando y ayúdele a identificar consecuencias negativas potenciales.

Una forma de comenzar esta parte de la entrevista es preguntar: “Aunque usted no quiera o no esté preparada para dejar de fumar ahora, ¿qué ha oído sobre el tabaco en el embarazo?”. Si la

paciente no parece ser consciente de los riesgos, éste es un buen momento para darle información específica. Una paciente que fumaba durante el embarazo y que ha tenido un bebé sano puede no ser fácilmente receptiva sobre la necesidad de dejarlo. Reitérele los beneficios de la cesación para su embarazo y para el o los niños que tenga. Debe también transmitirle que cada embarazo es diferente y que la ausencia de complicaciones en un embarazo previo no garantiza una gestación libre de problemas.



3. Recompensas: pregunte a la paciente cómo el dejar de fumar puede beneficiarle, a ella y a quienes la rodean. Dependiendo de su situación, ella puede necesitar algunos ejemplos (ver **Tabla 3**).

La historia de la paciente y sus comentarios sobre su consumo de tabaco pueden proporcionar valiosa información para crear una lista de factores que incrementarían su motivación para dejar de fumar, como, por ejemplo, ahorrar dinero, proteger a un niño que tiene asma, dedicar menos tiempo a consultas con el médico, temas de estética como el olor personal, halitosis, mejora de su piel y satisfacción de los familiares y amigos.

4. Barreras: la mayoría de las pacientes son capaces de identificar obstáculos y barreras para no abandonar el tabaco. Es importante decirle a la paciente que existen soluciones; la mayoría de esas barreras se relacionan con el síndrome de abstinencia, otra persona fumadora en casa o consecuencias emocionales. Pueden aplicarse estrategias de resolución de problemas e información, una vez que han sido identificadas.

5. Repetición: haga un seguimiento en cada visita para ver si la paciente ha cambiado de idea sobre el abandono. Diga a las pacientes que han recaído que la mayoría de las personas hacen intentos repetidos de dejarlo antes de obtener el abandono definitivo, y que cada intento aumenta la posibilidad de conseguirlo. A las pacientes que no respondan a las 5 Erres puede ser útil proporcionarles información sobre cómo dejarlo si cambian de idea.

Si la paciente sigue sin estar interesada en abandonar el tabaco después de todo esto, el profesional sanitario debe mantener las líneas de comunicación abiertas al final de la entrevista con frases como *“Comprendo que ahora mismo no está preparada para dejarlo, pero ¿lo pensará para la próxima visita?”*

Las pacientes siguen escuchando el consejo clínico incluso cuando no están preparadas para llevarlo a cabo en ese momento. Dejar de fumar es demasiado importante como para no mencionarlo.

Punto clave:

LAS PACIENTES SIGUEN ESCUCHANDO EL CONSEJO CLÍNICO AÚN CUANDO NO ESTÉN PREPARADAS PARA EJECUTARLO



Uso concomitante de drogas

- Una embarazada que consuma cigarrillos y alcohol debe ser aconsejada que suspenda ambos, y se le debe ofrecer asesoramiento usando el modelo de “Las 5 Aes”.
- Debemos añadir información sobre los riesgos del alcohol en el embarazo en la 2ª A (Aconsejar) y discutir estrategias específicas para su abstinencia en la 4ª A (Ayudar).
- Si la paciente manifiesta que dejar ambos puede ser muy difícil para ella, se le debe insistir para que deje uno de los dos, y tras lograr el acuerdo, debe proporcionársele ayuda y seguimiento.
- Avísele de que su objetivo debe ser suspender el consumo de ambos y que le continuaremos ayudando o, si fuera necesario, le derivaríamos a una clínica especializada en abuso de sustancias.

Reducción de riesgos

- Algunas mujeres reducirán el número de cigarrillos que fuman en vez de intentar dejar de fumar completamente. Sin embargo, fumar está asociado con bajo peso al nacer incluso desde un cigarrillo diario.
- Si la paciente sugiere la reducción como estrategia, el profesional sanitario debe hacerle ver que dejarlo **es la única manera** de evitar los riesgos del tabaco y de mejorar su salud y la de su bebé.

Las recaídas postparto

Entre el 50 y el 60% de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo recaen al año del parto.^{6,12,34} La intervención postparto puede retrasar o prevenir estas recaídas.¹³

Los siguientes pasos pueden ayudar a reducir el riesgo de recaída:

- **Seguimiento:** es necesario el seguimiento sistemático del estatus de consumo. Aplicar el método de “Las 5 Aes” a las visitas postparto nos puede ayudar a seguir la pista del estado de la fumadora y sus progresos en el abandono del tabaco.

- **Consejo positivo:** el lenguaje es importante cuando aconsejamos a las pacientes que se mantengan sin fumar. Se deben reiterar mensajes sobre la mejora de la salud de la madre y del bebé. Los mismos mensajes proporcionados durante la gestación -sobre los beneficios de la familia por tener un entorno limpio y libre de humo de tabaco y la reducción de los riesgos de los niños para tener serias enfermedades, como muerte súbita del lactante, otitis media, asma o enfermedades respiratorias- son muy valiosos si los repetimos ahora, además de reforzar el esfuerzo de la madre al dejarlo.

Podemos aumentar el deseo de la paciente de ser una buena madre diciéndole, por ejemplo: “Ha ayudado realmente a su bebé a tener un gran inicio en la vida proporcionándole un ambiente limpio y libre de humo de tabaco de forma que pueda crecer y estar saludable” Enfatice que la propia paciente tendrá más energía para cuidar de su bebé (es importante dar mensajes adicionales de felicitación).

La **Tabla 3** (ver página 12) proporciona más sugerencias para usar un lenguaje positivo.

Si una paciente recaee, anímela a realizar un nuevo intento de abandono. Dígale que las personas que consiguen dejarlo después de un “descuido” se dicen a sí mismas “Fue un error, no un fracaso”. Incítela a que:

- Deje de fumar inmediatamente, ponga fecha para el abandono por escrito.
- Se deshaga de todo el material relacionado con el tabaco (cigarrillos, cerillas, ceniceros y encendedores).
- Comente con ella el trabajo inicial y qué le puede haber llevado a la recaída.
- Recuérdele que la mayoría de las personas fumadoras que consiguen dejarlo han tenido recaídas y que cada intento la pone más cerca de dejarlo definitivamente.
- Pida a la paciente que reflexione sobre qué es lo que le ha hecho volver a fumar, de forma que ella misma comprenda los desencadenantes y la ayude a desarrollar un plan para evitarlo en su próximo intento.



- Sugiera que utilice el material de auto-ayuda que recibió durante el embarazo y recuérdela sus razones para dejar de fumar, maneras de manejar “descuidos” y “técnicas para mantenerse sin fumar”.

Las pacientes que ganan gran cantidad de peso durante el embarazo tienen un mayor riesgo de recaída.³⁵ A una paciente que está preocupada por su peso después del parto mientras deja de fumar pueden serle útiles estas sugerencias¹:

- No se centre en perder peso mientras está intentando dejar de fumar.
- Deje de fumar primero y después pierda peso.
- Elija comidas saludables y bajas en calorías.
- Realice alguna actividad física como caminar.



La ayuda farmacológica puede añadirse al asesoramiento para tratar a las mujeres que recaen tras el parto si no están lactando. La lactancia debe ser recomendada siempre, y si la mujer elige dársela a su hijo, se debe intentar la cesación sólo con técnicas conductuales.

Continuar con el método de “Las 5 Aes” después del parto le ayuda a seguir con su esfuerzo de dejar de fumar o mantenerse abstinentes. Para las pacientes que recaen, revise “Las 5 Aes” y continúe recalando los beneficios positivos de dejar de fumar (ver **Tabla 3**).

Tranquile a la paciente que ha recaído en el sentido de que usted continuará asistiéndola en sus intentos de abandono del tabaco.

Ayudando a grandes fumadoras

- Las embarazadas que fuman más de un paquete al día y que son incapaces de dejarlo tras participar en un programa basado en técnicas conductuales como el descrito en esta guía, pueden necesitar ayuda adicional, aunque ello suponga derivarlas.
- Las líneas telefónicas de ayuda a la persona fumadora pueden servir de ayuda; en algunos casos tienen protocolos de ayuda específicos para gestantes. Deberemos tener claramente definidos estos recursos en nuestro caso particular.
- Para las embarazadas fumadoras que no han podido dejar de fumar con técnicas conductuales, el clínico puede plantearse el uso de medicación. En estos casos, sanitario y paciente deben contrastar los riesgos y la eficacia del tratamiento, no demostrada en gestantes, con los riesgos de seguir fumando. Para más información, consultar Intervención farmacológica.

Punto clave:

LA INTERVENCIÓN POSTPARTO PUEDE RETRASAR O PREVENIR LAS RECAÍDAS POSTPARTO



Seis pasos para la puesta en práctica

El modelo de “Las 5 Aes” se diseñó para incorporar mensajes sobre el abandono del tabaco en la rutina clínica de atención a las gestantes de forma efectiva y rápida. Como cualquier otro programa, es más sencillo de poner en marcha y más efectivo cuando más de un miembro del personal sanitario está involucrado. El éxito de una intervención para dejar de fumar aumenta si la paciente nota que todo el personal que está a su alrededor le anima durante sus visitas clínicas.

El nivel de compromiso del personal depende del tamaño del servicio o clínica. Es importante establecer claramente las tareas y asignar responsabilidades. Los seis pasos siguientes están diseñados para ayudar en la puesta en marcha de un programa de abandono del tabaco.

Paso 1. Desarrollar el compromiso

Cada miembro del personal juega un papel clave en un programa de intervención para dejar de fumar. Para ser efectivo, el programa debe estar completamente apoyado por todo el personal sanitario.

Revisar la información sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud de la gestante y de su bebé y la importancia de la cesación, ayudará a entender lo importante que es ayudar a las embarazadas a dejar de fumar. Explicar brevemente la efectividad del modelo de “Las 5 Aes” puede ayudar.

Paso 2. Involucrar al personal desde el principio del proceso

Los miembros del personal pueden expresar interés sobre la introducción de nuevas tareas en la rutina de la clínica. Es de gran ayuda en este punto estimar el número de pacientes que el clínico va a atender en base a las características geográficas y demográficas de la población. Este número suele ser habitualmente inferior a lo previsto, lo que puede aliviar las cargas de trabajo. Evalúe también lo que el clínico ya está realizando para identificar y tratar a las gestantes fumadoras.

Invitar a participar en la planificación permitirá al personal contribuir con ideas y tener un sentimiento de pertenencia al programa. Discutir problemas y anticipar necesidades también puede ser útil. El personal que habitualmente atiende a las pacientes puede proporcionar una visión muy útil sobre cómo van a aceptar las pacientes el método de “Las 5 Aes” y dar sugerencias sobre su puesta en marcha.

Durante la planificación del proceso es útil seguir estos pasos:

1. Proporcione primero una visión conjunta del método de “Las 5 Aes” y revise luego cada paso separadamente.
2. Enfatique que la implicación por parte de todo el personal ha demostrado ser útil para ayudar a las pacientes a dejar de fumar.
3. Invite al personal a hacer preguntas y expresar preocupaciones.
4. Identifique barreras a la puesta en marcha en cada paso y busque soluciones.
5. Tenga en cuenta las aportaciones del personal para desarrollar un plan de puesta en marcha realista, incluyendo medidas para monitorizar el proceso y los resultados.
6. Determine el formato de las reuniones de personal para monitorizar los progresos del plan de puesta en marcha.
7. Subraye que las habilidades que el personal alcanza utilizando el método de “Las 5 Aes” son útiles para la detección, tratamiento e identificación de otros consumos de riesgo, como alcohol y otras drogas.

El entrenamiento del personal es un paso aparte. Si algún miembro del personal fuma, este es el momento adecuado para ofrecerle ayuda para dejar de fumar.

Paso 3. Asignación del responsable del programa

Se recomienda designar a una persona para que se encargue de coordinar la planificación y puesta en marcha de la intervención. Además, alguna de las personas que originalmente introdujeron el programa deben estar disponibles para responder a las dudas, resolver problemas, realizar actividades formativas, tanto con esta guía como con otras fuentes de información y, finalmente, monitorizar su puesta en marcha.

Esta persona puede también identificar otras fuentes para un asesoramiento más intensivo.

Dependiendo del número de personal sanitario y sus responsabilidades, el coordinador será responsable de toda la intervención o asignará tareas específicas una vez que el personal esté entrenado.

Paso 4. Entrenamiento

El personal debe estar entrenado en el método de “Las 5 Aes” y “Las 5 Erres” y conocer la importancia de apoyar a la paciente en su intento de abandono.

Instrumentos como esta guía pueden ayudar al personal a entender el método de “Las 5 Aes” y anticiparse a las necesidades de las pacientes. Se deben identificar todas aquellas fuentes alternativas de conocimientos y habilidades.

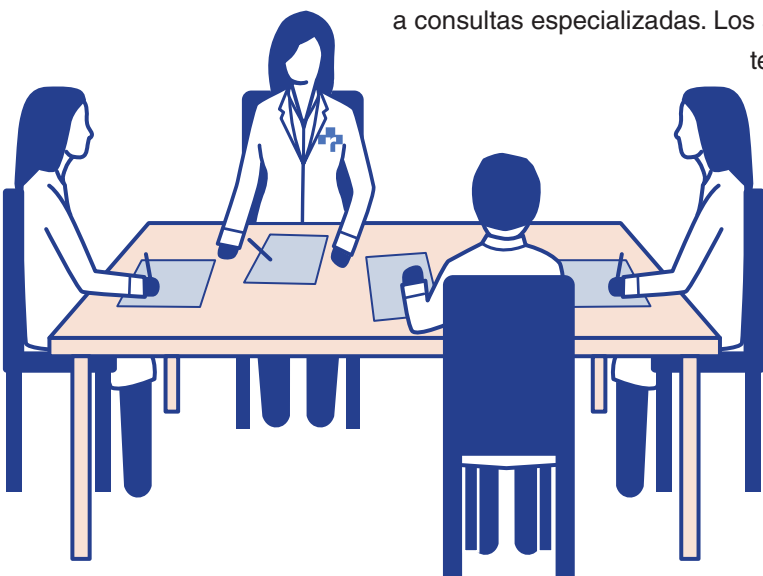


Paso 5. Adaptar los procedimientos a escenarios específicos

Desarrollar procedimientos es un paso crucial para la puesta en marcha de la estrategia de “Las 5 Aes”. En determinadas circunstancias, se deben crear papeles específicos para asegurarse de que todos los aspectos de la intervención están cubiertos. Una reunión de todo el equipo es el escenario ideal para asignar tareas.

La asignación de cada tarea dependerá de la organización de la clínica o servicio. En algunos casos, las pacientes requerirán ayuda más intensiva que el método de “Las 5 Aes” y deberán ser remitidas a consultas especializadas. Los servicios sanitarios de gran tamaño, idealmente deberían tener los recursos necesarios para

enviar cartas de felicitación personalizadas y proporcionar ayuda vía telefónica.



En servicios más pequeños, el personal médico y/o de enfermería debe ser el responsable de la mayoría de las labores de asesoramiento a las pacientes, mientras que otros profesionales pueden concentrarse en proporcionar la documentación y el material de autoayuda necesario. El seguimiento puede ser más complicado en este entorno.


El material para los clínicos y las pacientes está disponible a través de varias fuentes, como las páginas web de las sociedades científicas.

En algunos estados de los EEUU los clínicos usan “quitlines” o “teléfonos de ayuda” para proporcionar asesoramiento, ayuda, seguimiento y apoyo a las pacientes embarazadas que están haciendo un intento de abandono del tabaco. Puede ser útil remitir a las pacientes a estos servicios siempre que se asegure que reciban una atención siguiendo el modelo de “Las 5 Aes”.

Paso 6. Monitorizar la puesta en marcha y proporcionar retroalimentación

La puesta en marcha debe comenzar en una fecha en la que todo el personal esté disponible, evitando los periodos estivales del mismo. Antes de comenzar, conviene revisar las tareas del personal y asegurarse de que todo el material esté disponible. Establezca una reunión periódica para discutir los siguientes puntos:

- ¿Están funcionando los procedimientos tal y como se planearon?
- ¿Está el personal cumpliendo las tareas asignadas?

- 
- ¿Está el personal adecuadamente preparado?
 - ¿Es la documentación adecuada y completa?
 - ¿Está siendo el material usado apropiadamente y está disponible?

Las reuniones de revisión son además una oportunidad ideal para evaluar el estado de las pacientes aconsejadas. Con el tiempo esto indicará al personal a cuántas pacientes ha llegado la intervención y proporcionará oportunidades para discutir mejoras. Reforzar la importancia que cada miembro del personal juega en la intervención proporciona una retroalimentación positiva y recuerda a todo el personal que el abandono del tabaco es una parte importante del cuidado de las mujeres y de sus familias.

Nadie puede adelantar todos los problemas que pueden surgir cuando se introduce un nuevo procedimiento. El personal debe comprender que juega un papel importante en el desarrollo de la búsqueda de soluciones a los problemas y en la incorporación de nuevas ideas en su práctica. Los cambios de estructura o responsabilidades dentro del servicio o la clínica requerirán también un ajuste del programa.

Punto clave:

IMPLICAR A TODO EL PERSONAL DESDE EL INICIO DEL PROGRAMA Y PROPORCIONARLE ENTRENAMIENTO

“Las 5 Aes” Lista para el sanitario

1ª A. Averiguar (1 minuto)

Pida a la paciente que señale la respuesta que mejor refleja su situación:

- A. Nunca he fumado o he fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.
- B. Dejé de fumar antes de saber que estaba embarazada y ahora sigo sin fumar.
- C. Dejé de fumar después de saber que estaba embarazada y ahora sigo sin fumar.
- D. Fumo algo, pero reduje el número de cigarrillos al saber que estaba embarazada.
- E. Fumo regularmente, aproximadamente lo mismo que cuando supe que estaba embarazada.

- **Si la paciente responde B ó C:** refuerce su decisión felicitándola y animándola a seguir sin fumar durante el embarazo y el postparto.
- **Si la paciente sigue fumando (respuestas D ó E):** regístrelo en su historia clínica y proceda a los siguientes pasos: Aconsejar, Ampliar diagnóstico, Ayudar y Acordar un seguimiento.

2ª A. Aconsejar (1 minuto)

Dar un consejo claro y firme para dejar de fumar con mensajes personalizados sobre los beneficios del abandono y las consecuencias de dejar de fumar en la mujer y en el bebé.

3ª A. Ampliar el diagnóstico (1 minuto)

Valorar la disposición de la paciente a dejar de fumar en los próximos 30 días.

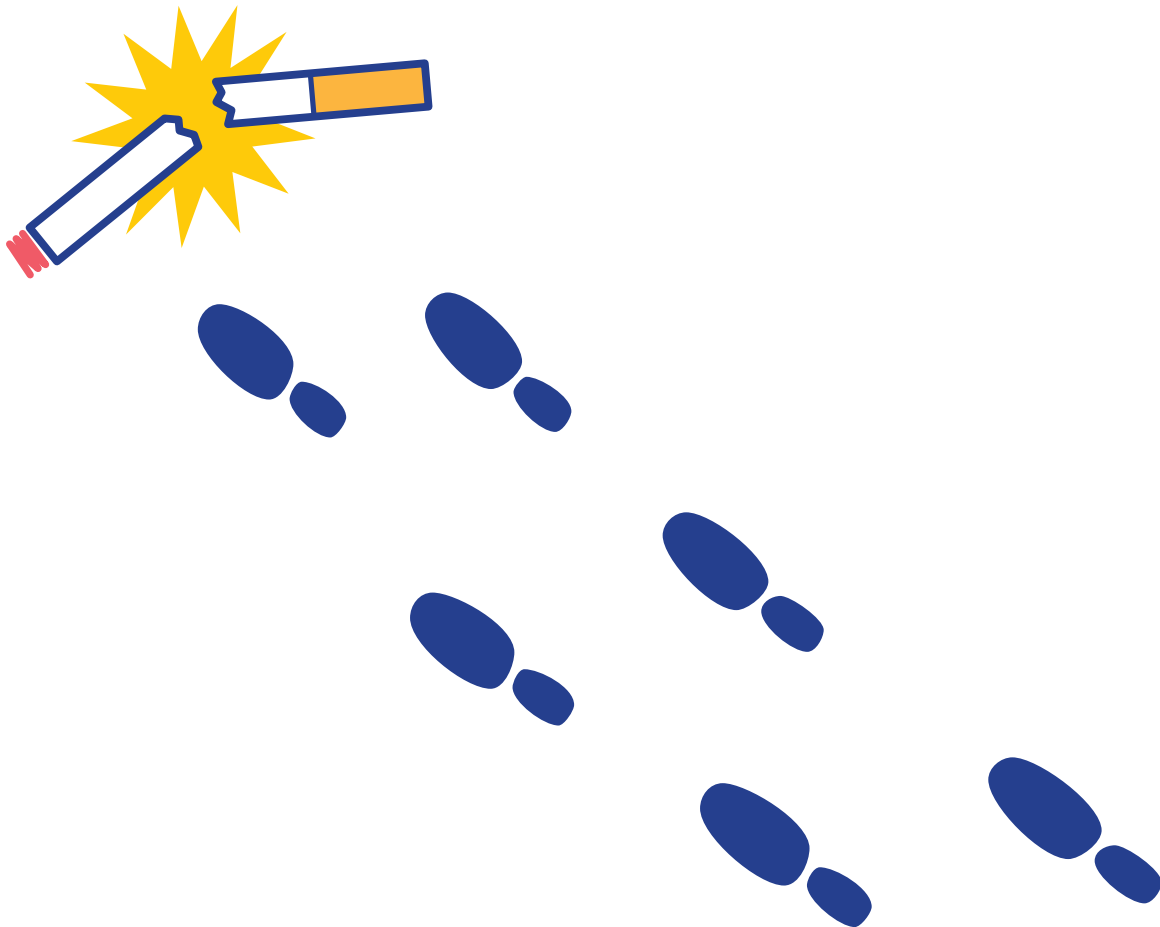
- Si la paciente quiere dejar de fumar: pase a la 4ª A (Ayudar).
- Si la paciente no está preparada: dar información para motivarla y en la siguiente visita comience de nuevo.

4ª A. Ayudar (3 minutos)

- *Sugiera e insista en el uso de estrategias de resolución de problemas y habilidades para dejar de fumar (como identificar situaciones de riesgo y enfrentarse a ellas).*
- *Proporciónese ayuda social intra-tratamiento: “Yo puedo ayudarla?”*
- *Ayúdela a conseguir ayuda social extra-tratamiento: identificar el “cómplice,” recursos sociales y los espacios sin humo de su entorno.*

5ª A. Acordar un seguimiento (1 + minuto)

- *Preguntar por la condición de fumadora en todas las visitas de seguimiento prenatal; si la paciente continúa fumando, aconsejarle que lo deje.*





Guía de referencia rápida de “las 5 Aes”

1ª A. Averiguar (1 minuto) Identificar sistemáticamente a todas las fumadoras embarazadas.

Pida a la paciente que señale la respuesta que mejor refleja su situación:

- A. Nunca he fumado o he fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.
- B. Dejé de fumar antes de saber que estaba embarazada y ahora sigo sin fumar.
- C. Dejé de fumar después de saber que estaba embarazada y ahora sigo sin fumar.
- D. Fumo algo, pero reduje el número de cigarrillos al saber que estaba embarazada.
- E. Fumo regularmente, aproximadamente lo mismo que cuando supe que estaba embarazada.

Asegúrese de que se le pregunta por el consumo de tabaco a toda embarazada y de que su respuesta es registrada. Se puede proponer incluir el consumo de tabaco como un signo vital más, junto al peso, la tensión arterial, el pulso, la temperatura y la frecuencia respiratoria.

2ª A. Aconsejar (1 minuto) Aconseje firmemente a todas las fumadoras embarazadas a dejarlo cuanto antes.

Inste, con un lenguaje claro, firme y personalizado, a toda fumadora embarazada a que lo deje:

- **Sea claro:** “Es muy importante para su salud y para la salud de su bebé que deje usted de fumar; yo puedo ayudarla.”
- **Sea firme:** “Como su médico/matrona/personal de enfermería, debo decirle que dejar de fumar es lo más importante que usted puede hacer para proteger su propia salud y la de su bebé. Todo el personal del centro podemos ayudarle.”
- **Personalice:** asocie el dejar de fumar con la salud de la madre, del bebé y del resto de miembros de la familia: “Su bebé estará más sano y usted tendrá más fuerza para atenderlo.”

3ª A. Ampliar el diagnóstico (1 minuto) Averigüe la disposición de la paciente a dejarlo.

Pregunte a la paciente si tiene intención de dejar de fumar en los próximos 30 días.


- **Si la paciente quiere dejar de fumar:** pase a la 4ª A (Ayudar).
- **Si la paciente no está preparada:** dé información para motivarla usando “Las 5 Erres”
- Registre todo adecuadamente para asegurar un correcto seguimiento.

4ª A. Ayudar (3 minutos) Ayudar a la paciente a fijar un “día D”; facilitarle materiales de auto-ayuda, asesoramiento sobre habilidades y técnicas de resolución de problemas.

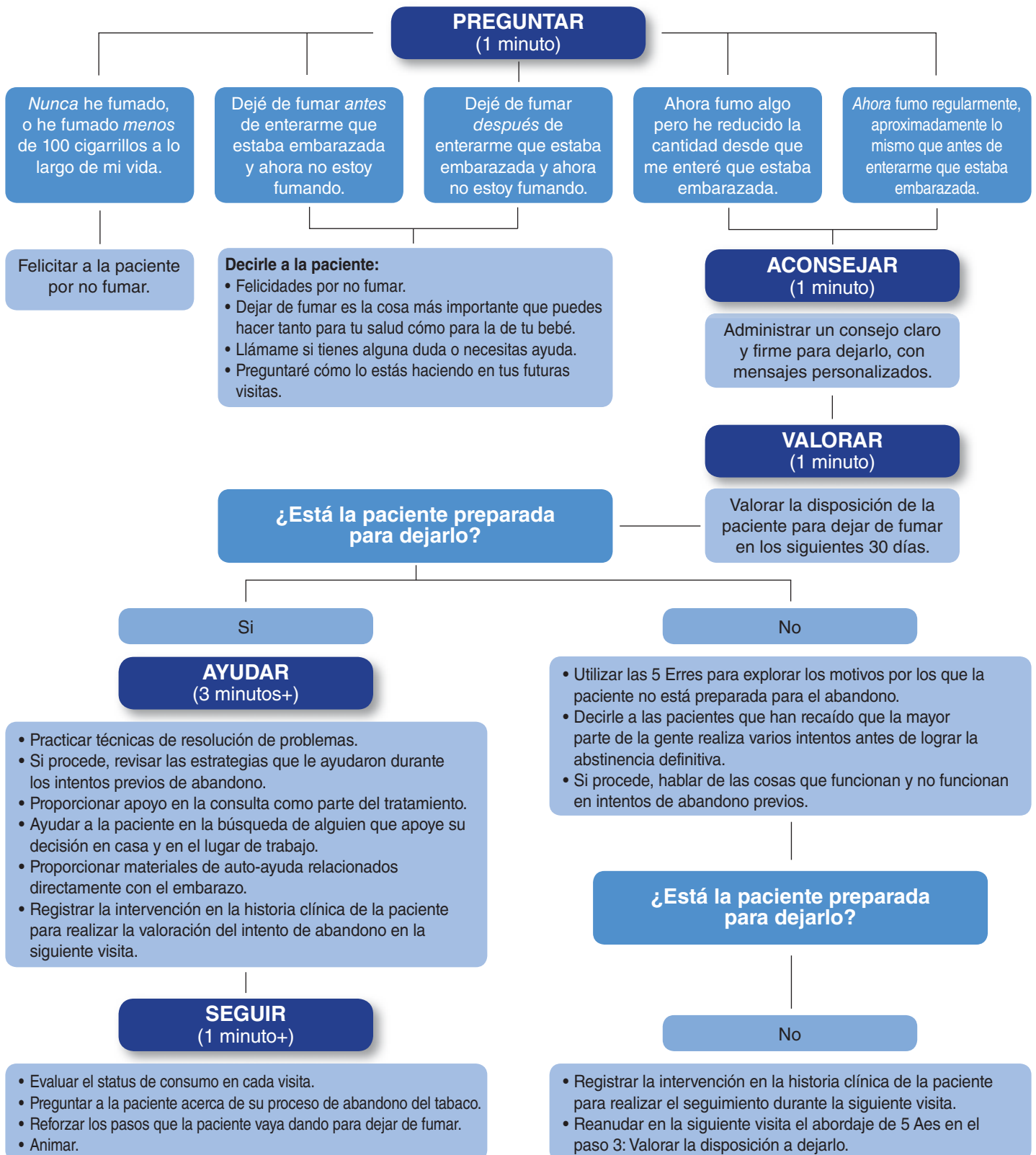
- Fije un “día D”.
- Anime a la paciente a contar su decisión y a pedir ayuda y comprensión a sus amigos, familia y compañeros de trabajo.
- Ayude a que lo consiga: *“Pídale ayuda a sus familiares, compañeros y amigos para que su intento sea un éxito por su salud y la de su futuro hijo”.*
- Anticipe problemas (síntomas de abstinencia) y soluciones.
- Pídale que se desprenda de todo aquello que pueda estar relacionado con el tabaco.
- Dele pautas de desautomatización de la conducta los días o semanas previas.
- Déjele claro que no debe dar una sola calada.
- Revise los intentos pasados para convertirlos en fuente de experiencia.
- Ayúdele a desarrollar estrategias para negociar con las personas fumadoras de su entorno.
- Proporcione apoyo social intra-tratamiento: *“Estamos aquí para ayudarle”.*
- Entrene a todo el personal para que motive y refuerce a las pacientes.
- Dé materiales de auto-ayuda específicos para dejar de fumar durante el embarazo.

5ª A. Acordar un seguimiento (1+ minuto) Monitorizar el consumo de tabaco y dar apoyo durante las visitas de seguimiento.

- Apoye su decisión.
- Refuerce cualquier cambio positivo.
- Dígame que la mitad de la gente que ha fumado alguna vez lo ha dejado.

- 
- Comuníquese confianza en sus posibilidades.
 - Intente que exprese sus miedos y dudas acerca del dejar de fumar con preguntas abiertas del tipo *¿Qué crees que te puede pasar si dejas de fumar?*
 - Exprese interés y deseo de ayudar.
 - Pregúntele por sus razones para dejarlo.
 - Intente que verbalice sus logros.

Abandono del consumo de tabaco durante el embarazo: algoritmo de las "5 Aes"





Atención al fumador en La Rioja: círculo asistencial

Si una vez realizado el protocolo de intervención breve de “las 5 Aes” para ayudar a la mujer embarazada a dejar de fumar, esta logra la abstinencia se habría alcanzado el objetivo deseado.

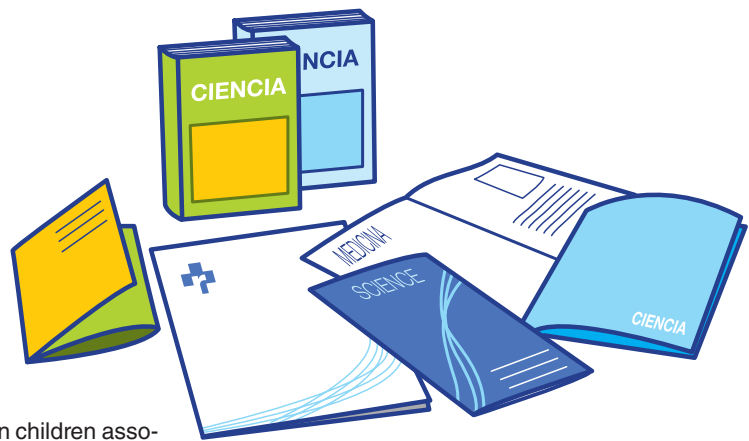
En caso de que una embarazada no consiga dejar de fumar o recaiga, nuestro círculo asistencial establece que usted podría derivarla a la Unidad de Atención al Fumador integrada en la Red de Salud Mental y Conductas Adictivas (servicio de segundo nivel), cumplimentando una hoja de interconsulta y remitiéndola por correo ordinario a la Unidad de Atención al Fumador - Avda. Pío XII, 12 Bis 3ª planta 26071 Logroño o mediante el fax 941 29 63 48. Si quiere contactar con esta Unidad puede hacerlo a través del teléfono 941 29 63 46.

En cualquier caso, siempre está abierta la puerta a los servicios de primer nivel:


- Atención Primaria: tiene un papel fundamental en el abordaje del consumo de tabaco debido a que es la puerta de entrada al sistema sanitario público, es accesible y permite el seguimiento a largo plazo.
- Internet: programa para dejar de fumar a través de internet “La Rioja sin tabaco”. Se puede acceder a él a través de la página web: <http://sintabaco.riojasalud.es> o <http://www.lariojasintabaco.org>

Si tiene alguna duda o desea más información, puede contactar con el Servicio de Drogodependencias a través del teléfono 900 714 110.

Bibliografía



1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville MD: USDHHS, U.S. Public Health Service, 2008.
2. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97; 560-568.
3. Drews CD, Murphy CC, Yearguin. Allsoop M, Decoufle P. The relationship between idiopathic mental retardation and maternal smoking during pregnancy. *Pediatrics* 1996; 97: 547-553
4. Makin J, Fried PA, Watkinson B. A comparison of active and passive smoking during pregnancy: long term effects. *Neurotoxicol Teratol* 1991; 13: 5-12.
5. Wakschlag LS, lahey BB, Loeber R, Green SM, Gordon RA, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:670-676.
6. Women and smoking: A Report of the Surgeon General 2001. Accessed April 9, 2002. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_forwomen.htm.
7. Melvin CL, Dollan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP Jr, Goldemberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tob Control* 2000;9 (supl III) 80-84
8. Lumbley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev* 2000; (2); CD001055;
9. Goldemberg RL, Dollan. Mullen P. Convincing pregnant patients to stop smoking. *Contemp Obs Gyn* 2000; 11: 34-44
10. Smoking Cessation during pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Educational bulletin Nº 260. September 2000.
11. Smoking and pregnancy. Centers for Disease Control. Office of communication. Disponible en: <http://www.cdc.gov/od/oc/media/fact/sokinpreg.htm>
12. Mullen PD, Richardson MA, Quinn VP, Ershoff DH. Postpartum return to smoking. Who is in risk and when. *Am J Health Promot* 1997; 11: 323-330.
13. Mc Bride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PI et al. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *Am J Public Health* 1999; 89: 706-711.
14. Fiore MC, Joremby DE, Schensky AE, et al. Smoking status as a new vital sign: effect on assesment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995;70: 209-213.
15. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000;9:426-433.
16. Prochazka AV. New developements in smoking cessation. *Chest* 2000;117 (Supl1) 169S-175S.
17. Sippel JM, Osbornr MI, Bjorson W, Goldberg B, Buist AS. Smoking cessation in primary cara clinics. *J Gen Intern Med* 1999;14:670-676.
18. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford Rs, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998; 279: 604-608.
19. Jaen Cr, Stange KC, Tumiel LM, Nutting P. Missed opportunities for prevention: smoking cesation counselling and the competing demands of practice. *J Fam Practice* 1997;45:348-354.

- 
20. Grimley DM, Bellis JM, Raczynski JM, Henning K. Smoking cessation counselling practises. A survey of Alabama obstetrician- gynecologists. *South Med J* 2001;94:297-303
 21. Mullen PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence-based interventions to promote cessation. *Prim Care* 1999;26:577-589.
 22. Glynn TJ, Manley MW, How to help your patients to stop smoking. A National Cancer Institute manual for Physicians. Smoking and Tobacco Control Program, Division of Cancer Prevention, National Cancer Institute, US rogram of Health and Human Services, 2000, NIH publication n° 90-3064.
 23. Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guidelines. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research 1996, Publication AHCPR 96-0692.
 24. Hartmann KE. Clear and concise interventions for smoking cessation. *Physician* 2000;36:19-27.
 25. Boyd NR, Windsor RA, Perkins LL, Lowe JB. Quality of measurement of smoking status by self-report and saliva cotinine among pregnant women. *Matern Chid Health J* 1998;2:77-83.
 26. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, Glenday MC. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *Am J Obstetr Gynecol* 1991; 165:409-413.
 27. Dollan-Mullen P, Ramirez G, Groff JY. A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. *Am J Obstetr Gynecol* 19914;171:1328-1234.
 28. Research Triangle Institute: "Report series reveals findings from youth tobacco survey". Disponible en: http://www.rti.org/news/news_full.cfm.
 29. The Health Benefits of Smoking Cessation: a report of the Surgeon General. US DHHS, 1990. Disponible en : <http://www.ash.org.uk/htmlfactsheets/html/fact11.html>
 30. Jorenby DE, Fiore MC. The Agency for Health Care Policy and Research smoking cessation clinical practice guideline: basics and beyond. *Prim Care* 1999 Sep;26; 513-528.
 31. Windsor RA, Cutter G, Morris J et al. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial. *Am J Public health* 1985;75:1389-1392
 32. Slotkin TA. Fetal nicotine or cocaine exposure: wich is worse? *J Pharmacol Exp Ter* 1998;285:931-945.
 33. Zyban (bupropion) product labeling. GlaxoSmithKine, Research Triangle Institute, NC 27709. Disponible en : http://us.gsk.com/products/assets/us_zyban.pdf
 34. McBride CM, Pirie PL, Postpartum Smoking relapse. *Addict Behav* 1990;15:165-168
 35. Carmichael SL, Ahuwalla IB. Correlates of postpartum smoking relapse. Results from the Pregnncy Risk Assesment Monitorin System (PRAMS) *Am J Prev Med* 2000;19:193-96
 36. Windsor RA, Warner KE, Cutter GR. A cost-effectiveness analysis of self-help smoking cessation methods for pregnant women. *Public Health Rep* 1988;103: 83-88.
 37. Cronwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practise recommendations in the ACHPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997;278:1759-1766.
 38. Cummins SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counselling smokers to quit. *JAMA* 1989;261:75-79.
 39. Buck DJ, Richmond RL, Mendelsohn CP. The cost-effectiveness analysis of a family physician delivered smoking cessation program. *Prev Med* 2000;31:641-648.
 40. Marks JS, Koplan JP, Hogue CJ, Dalmat ME. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *Am J Prev Med* 1996; 6: 282-289.
 41. Consensus Workshop on Smoking Cessation during Pregnancy Sponsored by The Robert Wood Johnson Foundation and the Smoke-free Families Program in collaboration with the Health Resources and Services Administration and the centers for Disease Control and Preventio. Rockville MD, April 1998.
 42. England LJ, Kendrick JS, Wilson HG, Merritt RK, Gargiulo PM, Zahniser SC, Effects of smoking reduction during pregnancy on the brith weigh of term infants. *Am J Epidemiol* 2001;154:694-701.



