

Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios

O. García-Algar^a, S. Pichini^{b,c}, R. Pacifici^b y E. Castellanos^d

El hábito tabáquico constituye en la actualidad una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población de los países industrializados¹⁻³. En 2002, se estimó que aproximadamente del 40 al 50% de la población adulta en Europa era fumadora⁴. En particular, comparando la Encuesta Nacional de Salud (ENS) en España de 1987 y la de 2001, se observa que el porcentaje de consumo de tabaco en los varones ha descendido sensiblemente del 55 al 42,1%, en contraposición al aumento que ha experimentado en las mujeres, pasando de un 23 a un 27%, cifra que alcanza el 46% entre las mujeres en edad fértil². El 75% de las mujeres fumadoras mantiene el hábito durante el embarazo⁵. Este dato refleja que durante los últimos años parece haberse producido un aumento progresivo del número de mujeres que fuman en los países desarrollados, así como de la incidencia entre ellas de enfermedades relacionadas con el tabaco.

En la línea de los organismos sanitarios internacionales, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha incluido en el Plan Nacional de Salud 2002-2004 el objetivo de reducir

el tabaquismo entre la población general y poner especial atención en jóvenes y mujeres².

El tabaco como causa de patología en la mujer

Las mujeres fumadoras presentan una probabilidad de enfermar mayor que las no fumadoras, tanto debido a procesos agudos como crónicos, entre los que cabe destacar: *a)* enfermedades respiratorias, *b)* enfermedades cardiovasculares (el uso concomitante de contraceptivos orales produce un aumento en el riesgo de padecer infarto de miocardio en la mujeres mayores de 35 años), *c)* osteoporosis, y *d)* cáncer de pulmón, vejiga urinaria, riñón y cuello uterino^{1,3,6-8}.

El consumo de tabaco puede afectar incluso a la vida reproductiva de la mujer, alterando la función hipotalámica, la implantación del huevo en el endometrio y la función inmunológica^{9,10}. Además, favorece la aparición de amenorrea y una mayor predisposición de la mujer fumadora a la enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer de cuello uterino, embarazo ectópico, infertilidad y menopausia precoz¹¹⁻¹⁴.

Tabaco y embarazo

Un elevado número de estudios han demostrado de forma contundente la relación entre el tabaco y una serie de efectos adversos en la gestación, entre los que se incluyen el aborto espontáneo, la rotura prematura de membranas y el parto prematuro, así como el aumento de la mortalidad y la morbilidad perinatal e infantil, incluido el incremento del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)¹⁵⁻¹⁷.

Derivada del fenómeno actual del auge tabáquico entre las mujeres adquiere relevancia la influencia del tabaquismo en la reproducción, en especial durante el embarazo, donde

LECTURA RÁPIDA

El hábito tabáquico constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población de los países industrializados. En 2002, se estimó que entre el 40 al 50% de la población adulta en Europa era fumadora. Comparando la Encuesta Nacional de Salud (ENS) en España de 1987 y la de 2001, se observa que el porcentaje de consumo de tabaco en los varones ha descendido sensiblemente del 55 al 42,1%, en contraposición al aumento que ha experimentado en las mujeres, pasando de un 23 a un 27%, cifra que alcanza el 46% entre las mujeres en edad fértil.

Tabaco y embarazo

Un elevado número de estudios han demostrado la relación entre el tabaco y la gestación, entre los que se incluyen el aborto espontáneo, la rotura prematura de membranas y el parto prematuro, así como el aumento de la mortalidad y la morbilidad perinatal e infantil y el incremento del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

^aServicio de Pediatría, Hospital del Mar. Barcelona. España.

^bDepartamento de Bioquímica Clínica, Istituto Superiore di Sanità. Roma. Italia.

^cUnitat de Farmacologia, Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona. España.

^dServicio de Obstetricia, Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

Correspondencia:
Oscar García-Algar.
Servicio de Pediatría.
Hospital del Mar.
P.º Marítim, 25-29.
08003 Barcelona. España.
Correo electrónico: ogarciaa@imas.imim.es

Manuscrito recibido el 4 de noviembre de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 10 de febrero de 2003.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



El feto sufre una situación de hipoxia crónica, que se traduce en una elevación del hematocrito y bajo peso al nacer. Esto último parece correlacionado con el número de cigarrillos que fuma la madre, durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo.



Existen claras evidencias de que la exposición pasiva posparto al humo del tabaco consumido por los padres, se asocia con un mayor riesgo de infecciones respiratorias y de asma infantil. El tabaquismo materno se asocia a tasas más bajas de inicio de la lactancia y una menor duración de ésta.



Sólo aproximadamente el 25% de las mujeres fumadoras dejan de fumar cuando se quedan embarazadas, y la mayoría de las que no dejan de fumar reducen su consumo en cerca de un 50%. De las mujeres que dejan de fumar en este período de tiempo, alrededor del 70% vuelven a fumar durante el año siguiente al parto.



Papel del hábito tabáquico de los profesionales sanitarios
España es uno de los países europeos con mayor número de profesionales sanitarios fumadores.



los efectos adversos del tabaco se hacen aún más patentes. Estos efectos han sido ampliamente establecidos¹. En relación con el consumo de tabaco por la madre, el feto sufre una situación de hipoxia crónica, que se traduce en una elevación del hematocrito y bajo peso al nacer¹⁸. Esto último parece correlacionado con el número de cigarrillos que fuma la madre, cuyos efectos principales se manifiestan especialmente cuando ésta fuma durante el segundo y el tercer trimestres del embarazo. También parece demostrado que el bajo peso y una constitución más «delgada» se mantienen a lo largo de los años¹⁹. Un estudio reciente llevado a cabo en la ciudad de Barcelona reveló que el hábito tabáquico se asociaba significativamente de forma negativa con las medidas somatométricas clásicas, como el peso, la talla y el perímetro craneal del recién nacido²⁰. Otro estudio realizado en la misma ciudad encontró en recién nacidos de madres fumadoras importantes síntomas aislados temporales de irritabilidad y temblor similares a los de un posible síndrome de abstinencia neonatal a la nicotina²¹. Además, otros estudios han descrito algunas repercusiones que se manifiestan durante la infancia, como alteraciones en el aparato respiratorio del niño y retrasos en el desarrollo cognitivo de los hijos de madres fumadoras²²⁻²⁵.

Por otro lado, existen claras evidencias de que la exposición pasiva posparto al humo del tabaco consumido por los padres, especialmente de la madre, se asocia con un mayor riesgo de infecciones respiratorias y de asma infantil²⁵⁻²⁷. Se ha observado también que el tabaquismo materno se asocia a tasas más bajas de inicio de la lactancia y una menor duración de ésta, una asociación que en la mayoría de los estudios persiste tras ajustar por otros factores sociales y reproductivos^{28,29}.

Estudios previos en nuestra población han revelado que una de cada tres mujeres son fumadoras en el momento de saber que están embarazadas^{20,30}. Tan sólo aproximadamente el 25% de las mujeres fumadoras dejan de fumar cuando se quedan embarazadas, y la mayoría de las que no dejan de fumar reducen su consumo en cerca de un 50%³¹. De las mujeres que dejan de fumar en este período de tiempo, alrededor del 70% vuelven a fumar durante el año siguiente al parto³².

Papel del hábito tabáquico de los profesionales sanitarios

El papel del personal sanitario puede ser esencial para inducir al paciente a dejar de fumar y se puede basar en la difusión de información y la oferta de apoyo.

Obstetras, ginecólogos, médicos generales, pediatras, puericultores, enfermeras, auxiliares de clínica y farmacéuticos ocupan una posición especialmente privilegiada que permite aconsejar y estimular a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. De todas formas, parece que este papel no se ha asumido siempre por diversos motivos, entre los que destaca la falta de formación y preparación para la intervención preventiva. Además, existen limitaciones de tiempo, el temor a que tratar del problema del consumo de tabaco y la conveniencia de abandonarlo pueda comprometer la relación entre el médico y su paciente, y la idea de que el tabaquismo no es un problema de salud relevante.

Además, existe la cuestión importante del consumo de tabaco por parte del personal sanitario. Este hábito le hace minimizar los riesgos del consumo para justificar su propio comportamiento y no enfrentarse al problema. Por otro lado, existe la preocupación relativa a que la ansiedad que puede generar el abandono del hábito comprometa la evolución de la gestación y sean más perjudicial para la mujer embarazada que el propio consumo de tabaco, sobre el que no existe evidencia científica.

España es uno de los países europeos con mayor número de profesionales sanitarios fumadores^{33,34}. La proporción de fumadores en el sector sanitario español es, además, mayor que en el resto de la población. Este hecho podría explicarse si se tiene en cuenta que las mujeres dentro de la profesión sanitaria en España (o las mujeres con alto nivel educativo) suelen fumar en mayor proporción que las mujeres en la población general³⁵. Además, el hecho de que el médico fume, en especial si lo hace delante de los pacientes, suele ejercer un efecto negativo o contraproducente sobre el comportamiento de los mismos, en este caso de la mujer fumadora. Por tanto, si uno de los objetivos que se deberían conseguir consiste en no iniciar el consumo de tabaco o en abandonar este hábito lo antes posible durante el embarazo y mantener la abstinencia después del mismo, los profe-

sionales de la salud no han de olvidar el impacto que pueden ejercer en la actitud del paciente y este efecto ha de dirigirse en concreto hacia la disminución y el cese del hábito entre las mujeres embarazadas o que planean el embarazo.

Los profesionales de la salud tienen una responsabilidad importante en la prevención y el abandono del hábito tabáquico en la población general, y en las mujeres y en las adolescentes en concreto³⁶. Los profesionales sanitarios son un ejemplo a seguir para la población; por todo ello, tendrían que poner en práctica lo siguiente: *a)* intervenir en la creación de programas de promoción de la salud y educación sanitaria; *b)* informar y aconsejar a las mujeres para dejar de fumar, y *c)* controlar el tabaquismo en los distintos centros sanitarios.

Estrategias antitabaco en el embarazo

En los últimos años se han diseñado y evaluado diversas intervenciones encaminadas a promover el abandono del tabaquismo entre las embarazadas. Desde la década de los ochenta existe un número considerable de estudios llevados a cabo en los países del norte de Europa, Canadá y Estados Unidos, pero en nuestro país la bibliografía tan sólo recoge una intervención encaminada a promover el abandono del tabaquismo entre las gestantes que hayan sido sometidas a evaluación⁴¹.

Ante el hecho de que las mujeres españolas tienden a fumar cada vez más y a la vez a edades más tempranas, los profesionales sanitarios, y en particular los obstetras y ginecólogos, deben desarrollar entre las mujeres a las que atienden estrategias de promoción de la salud y de estilos de vida saludables, orientados en concreto hacia el abandono del hábito tabáquico.

La gestación es un momento clave para estimular a las mujeres a dejar de fumar porque están preocupadas no sólo por su propia salud sino también por la del feto. Además, durante la atención prenatal las mujeres son visitadas con regularidad a lo largo de la gestación, inicialmente cada mes e incluso más frecuentemente durante el tercer trimestre y tras el parto. Estas visitas constituyen una oportunidad única para los obstetras de ofrecer a las mujeres fumadoras el consejo de mantenerse sin fumar durante la gestación y tras el parto.

En general, las estrategias antitabáquicas incorporan, además del modelo terapéutico, una o varias formas de intervención utilizadas en programas de promoción de la salud, como grupos de apoyo, consejo por parte de un especialista, difusión de materiales e información transmitida a través de los medios de comunicación. El papel de los medios de comunicación es especialmente importante para llegar a las mujeres que necesitan pero no buscan información o no son conscientes de los efectos adversos del tabaco durante el embarazo³⁷.

Consejo para dejar de fumar

Intervenciones de baja intensidad, como conversaciones breves de consejo y la entrega de material educativo, suben significativamente la tasa de abandono del hábito tabáquico durante el embarazo³⁸. Otras intervenciones son de tipo psicológico o farmacológico^{39,40}.

Sin embargo, el método que parece más efectivo en el cese del hábito tabáquico durante el embarazo es el consejo por parte del médico o profesional de salud, sobre todo si éste es una mujer³⁷. El consejo médico para dejar de fumar ha sido establecido como una intervención efectiva para estimular a los fumadores a dejar de fumar, estimándose en un 5% de abandonos mantenidos al menos durante un año⁴¹. Debido a la amplia accesibilidad a la población general y al bajo coste de la intervención, el consejo médico para dejar de fumar ha sido considerado una de las intervenciones preventivas más eficientes desde los servicios sanitarios³⁷. Por otro lado, algunas estrategias de intervención desarrolladas en los últimos años, basadas en el consejo individualizado y repetido, han mostrado proporciones de éxito cercanas al 20%⁴². En el ámbito de la atención prenatal, y ante la acumulación de evidencias de los efectos del tabaquismo en la gestación y en la salud del feto, en los últimos años se han diseñado y evaluado diversas intervenciones encaminadas a promover el abandono del tabaquismo entre las embarazadas que, tal como se ha señalado, se produce espontáneamente en alrededor del 25% de los casos. Estas intervenciones, basadas fundamentalmente en el consejo del profesional en el marco de la atención prenatal ha-

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Los profesionales de la salud tienen una responsabilidad importante en la prevención y el abandono del hábito tabáquico en la población general, y en las mujeres y en las adolescentes en concreto.

▼ Por todo ello, tendrían que poner en práctica lo siguiente: *a)* intervenir en la creación de programas de promoción de la salud y educación sanitaria; *b)* informar y aconsejar a las mujeres para dejar de fumar, y *c)* controlar el tabaquismo en los distintos centros sanitarios.

▼ *Estrategias antitabaco en el embarazo*

La gestación es un momento clave para estimular a las mujeres a dejar de fumar porque están preocupadas no sólo por su propia salud sino también por la del feto. Durante la atención prenatal las mujeres son visitadas con regularidad a lo largo de la gestación.

▼ Estas visitas constituyen una oportunidad única para los obstetras de ofrecer a las mujeres fumadoras el consejo de mantenerse sin fumar durante la gestación y tras el parto.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Consejo para dejar de fumar

Intervenciones de baja intensidad, como conversaciones breves de consejo y la entrega de material educativo, suben significativamente la tasa de abandono del hábito tabáquico durante el embarazo.

El método que parece más efectivo en el cese del hábito tabáquico durante el embarazo es el consejo por parte del médico o profesional de salud, sobre todo si éste es una mujer, estimándose en un 5% de abandonos mantenidos al menos durante un año.

▼
Algunas estrategias de intervención desarrolladas en los últimos años, basadas en el consejo individualizado y repetido, han mostrado proporciones de éxito cercanas al 20%.

▼
La intervención educativa sobre el tabaquismo en la atención prenatal no sólo forma parte del conjunto mínimo de informaciones relativas a los hábitos de salud, sino que existen evidencias suficientes de que puede aumentar la proporción de mujeres que se mantiene sin fumar en el posparto.

bitual, han empleado otros métodos educativos, como materiales de autoayuda, seguimiento y el refuerzo de la pareja, entre otros. La intervención educativa sobre el tabaquismo en la atención prenatal no sólo forma parte del conjunto mínimo de informaciones relativas a los hábitos de salud, sino que existen evidencias suficientes de que puede aumentar la proporción de mujeres que se mantiene sin fumar en el posparto⁴¹.

Los estudios epidemiológicos evidencian que las mujeres con mayores probabilidades de dejar de fumar tienen las siguientes características: *a)* son fumadoras moderadas (con un consumo diario al principio del embarazo entre 5 y 10 cigarrillos); *b)* deciden abandonar el hábito al principio del embarazo; *c)* creen en su propia capacidad para conseguirlo; *d)* tienen una pareja que no fuma o que lo ha dejado con ocasión de este embarazo; *e)* son capaces de enfrentarse al síndrome de abstinencia; *f)* presentan náuseas o pequeñas molestias al principio del embarazo, y *g)* son primíparas³⁰.

Por el contrario, los elementos que pueden dificultar la deshabituación son los siguientes: *a)* estrés y condiciones sociales difíciles; *b)* convivencia con una pareja fumadora; *c)* convicción de que un feto de bajo peso nacerá más fácilmente en el momento del parto y la afectará menos estéticamente; *d)* haber tenido embarazos anteriores sin problemas a pesar del consumo de tabaco, y *e)* convicción de que no es preciso dejar de fumar, sino que basta con reducir el consumo³⁰.

Terapia sustitutiva

Los médicos pueden ayudar a sus pacientes a dejar de fumar recomendando el uso de sustitutos de la nicotina que pueden ser administrados en diferentes formas: chicles, parches, inhaladores de nicotina⁴³. El tratamiento sustitutivo con nicotina ayuda a los fumadores en sus esfuerzos para dejar de fumar al aliviar los síntomas psicológicos y físicos de la abstinencia a la nicotina. La ventaja de estas medicaciones consiste en que evita el consumo de todos los tóxicos y carcinógenos que contienen los cigarrillos. Sin embargo, la utilización de éstos durante la gestación no se realiza de forma generalizada. Como ya se ha comentado, el

feto puede verse afectado por la nicotina consumida por la madre y este efecto es dependiente de la dosis. Por este motivo se aconseja que las mujeres embarazadas dejen de fumar completamente sin someterse a tratamiento sustitutivo con nicotina. No obstante hay que destacar que el riesgo de mantener el consumo es obviamente mucho mayor que el debido a la terapia sustitutiva ya que asocia la nicotina y un gran número de otros productos tóxicos. Por tanto, la terapia sustitutiva se puede iniciar después de una valoración del riesgo/beneficio y cuando existen factores pronósticos negativos para la deshabituación (dependencia importante, presencia de síndrome de abstinencia en embarazos anteriores). Estas mismas consideraciones deben hacerse para la lactancia materna, ya que en este caso hay que saber que el lactante recibe la nicotina que pasa libremente a la leche materna y puede resultar nociva para el feto incluso a dosis terapéuticas⁴⁴.

De hecho, la Food and Drug Administration en Estados Unidos ha cambiado recientemente la categorización del uso de terapia sustitutiva con nicotina durante el embarazo de la categoría X («contraindicado durante el embarazo») a la categoría C («no se puede descartar riesgo») para los chicles de nicotina y a la categoría D para los parches de nicotina («existe evidencia positiva de riesgo») ⁴⁴. Se ha observado una disminución de la tolerancia a la hipoxia en ratas recién nacidas a cuyas madres se había administrado nicotina durante el embarazo, una anomalía que podría constituir un modelo humano para el síndrome de la muerte súbita del lactante⁴⁵. Si la nicotina tiene el mismo efecto en humanos, el uso de terapia sustitutiva podría comportar problemas éticos y legales. En humanos hay varios estudios que, a pesar de no observar alteraciones en el bienestar fetal durante la administración de parches de nicotina, no sientan las bases para su empleo en la gestación⁴⁶.

No obstante, seguir fumando tiene un riesgo mayor que la terapia sustitutiva con nicotina, y en todo caso hay que valorar individualmente el beneficio/riesgo de aquélla considerando que su recomendación suele estar indicada cuando el consumo es superior a 10 cigarrillos al día, asegurando el

consentimiento informado, aunque no necesariamente por escrito.

Por lo que respecta a la utilización de bupropión, hay que destacar que, aunque algunos estudios en animales no han demostrado ningún efecto perjudicial, la seguridad de la utilización del medicamento para la mujer o el feto durante el embarazo no ha sido definida todavía. Por este motivo, actualmente es más prudente evitar la administración de bupropión durante el embarazo. El bupropión o sus metabolitos son excretados en la leche materna, por lo que el uso de este fármaco está contraindicado durante la lactancia materna⁴⁷.

Justificación de una intervención de consejo antitabaco específica para el embarazo

La eficacia del consejo antitabaco durante el embarazo en términos de abandono del hábito durante este período se suma al abandono espontáneo por parte de la mujer embarazada hasta alcanzar una cifra del 25% de abandono total y del 50% de reducción del consumo entre las fumadoras al inicio de la gestación^{5,20,41}. Además, los estudios demuestran que este abandono del consumo se mantiene en el 30-70% de los casos al cabo de 6 meses y un año después del parto (aproximadamente un 10-20% de las mujeres que fumaban al quedarse embarazadas), siendo el porcentaje más elevado el correspondiente a mujeres en las que se realiza consejo médico antitabaco^{30,48,49}. Si consideramos que la eficacia en la población general del consejo antitabaco en términos de abandono del hábito al cabo de un año es aproximadamente del 5%, resulta evidente que la eficacia del consejo antitabaco durante el embarazo duplica/cuadruplica esta cifra, lo que justifica la necesidad de ser especialmente activos en el consejo antitabaco durante la gestación.

Probablemente, algunas características y situaciones propias del sexo femenino hacen que los efectos adversos del consumo de tabaco tengan una mayor repercusión en su salud. Por ejemplo, la reducción de los estrógenos y de su papel protector cardiovascular en mujeres fumadoras, la potenciación de sus efectos adversos al asociarse con el consumo de anovulatorios, la asociación con adelanto de la menopausia y, por tanto, el efecto perjudicial cardiovas-

cular y de potenciación de la osteoporosis posmenopáusica, la asociación con un aumento de la incidencia de otros cánceres ginecológicos, etc. Esto ya justifica una intervención especialmente «agresiva» para promover el abandono del hábito tabáquico en las mujeres.

Sin embargo, durante el embarazo la mayor repercusión del consumo de tabaco sobre la salud de la mujer y sobre todo del feto, el recién nacido y el niño a largo plazo, así como la mayor eficacia del consejo antitabaco, justifican una intervención específica dirigida a las mujeres gestantes o que planean un embarazo y, sobre todo, a los profesionales sanitarios que las van a atender en esta situación y que van a aplicar la intervención.

Importancia del consejo para dejar de fumar durante el embarazo

Existen 3 aspectos que hay que tener muy en cuenta a la hora de valorar la importancia del consejo antitabaco durante el embarazo:

1. Como ya se ha comentado, el consejo antitabaco es eficaz para favorecer el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo y, sobre todo, después del mismo. Esto es especialmente importante ya

TABLA 1 Esquema de interpretación de los niveles de evidencia y de la fuerza de las recomendaciones

<i>Niveles de evidencia (NE)</i>	
1.	Revisiones sistemáticas de estudios controlados aleatorizados
2.	Estudios controlados aleatorizados
3.	Estudios controlados no aleatorizados
4.	Estudios observacionales
5.	Opiniones de expertos sin pruebas de eficacia
<i>Fuerza de las recomendaciones (FR)</i>	
A = muy fuerte	Basada en pruebas de eficacia de nivel 1 o 2
B = bastante fuerte	Basada en pruebas de eficacia de nivel 3 o 4 o en revisiones sistemáticas o estudios controlados aleatorizados con resultados contradictorios o muestras de pequeño tamaño
C = débil	Opiniones de expertos sin pruebas de eficacia

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Las mujeres con mayores probabilidades de dejar de fumar son: a) son fumadoras moderadas; b) deciden abandonar el hábito al principio del embarazo; c) creen en su propia capacidad para conseguirlo; d) tienen una pareja que no fuma o que lo ha dejado con ocasión del embarazo; e) son capaces de enfrentarse al síndrome de abstinencia; f) presentan náuseas o molestias al principio del embarazo, y g) son primíparas.

▼ Los elementos que pueden dificultar la deshabitación son: a) estrés y condiciones sociales difíciles; b) convivencia con una pareja fumadora; c) convicción de que un feto de bajo peso nacerá más fácilmente en el momento del parto y la afectará menos estéticamente; d) haber tenido embarazos anteriores sin problemas a pesar del consumo de tabaco, y e) convicción de que no es preciso dejar de fumar, sino que basta con reducir el consumo.

▼ **Terapia sustitutiva**

La ventaja de estas medicaciones consiste en que evita el consumo de todos los tóxicos y carcinógenos que contienen los cigarrillos.

TABLA 2 Intervenciones para promover el abandono del hábito tabáquico válidas para todos los fumadores

Preguntar: identificar el consumo de tabaco
1. Preguntar a todas las mujeres que acuden a la consulta si son fumadoras, independientemente de la edad y del motivo de la consulta
NE 1
FR A
2. Registrar las características del hábito tabáquico y su historia como fumadora (sí, no, ex fumadora) junto con los datos de la paciente
NE 3
FR B
3. Preguntar a la fumadora cuánto y desde cuándo. Utilizar el test de Fagerström para valorar el grado de dependencia de la nicotina
NE 3
FR B
Aconsejar: recomendar el abandono del hábito
1. Recomendar a todas las fumadoras que abandonen el consumo de tabaco
NE 1
FR A
2. Dedicar más tiempo a las personas portadoras de otros factores riesgo o con enfermedades debidas o agravadas por el tabaco
NE 5
FRC
3. Dar a la persona material escrito de apoyo de la intervención
NE 1
FR A
4. Valorar la presencia de enfermedades debidas o agravadas por el tabaco. Demostrar los efectos adversos al paciente con enfermedad respiratoria o cardiovascular
NE 5
FR C
Valorar: identificar a las fumadoras dispuestas a dejarlo
1. Conseguir que la persona quiera dejar de fumar
2. Si no tiene la intención de dejarlo, dedicar un tiempo a animarla a hacerlo
3. Si pretende dejarlo, aprovechar para ofrecerle consejo y citar en 2 semanas
NE 5
FR C
Ayudar: ayudar a dejarlo
1. Acordar con la persona una estrategia para ayudarla a dejarlo: establecer con ella una fecha próxima en el tiempo (posiblemente antes de 2 semanas)
NE 5
FR C
2. Proponer el tratamiento farmacológico (tablas 4 y 5) a todas las personas que fuman más de 10 cigarrillos al día y que muestran una dependencia fuerte en el test de Fagerström (puntuación ≥ 5). Si es posible, se recomienda evitarlo durante el embarazo
NE 1
FR A
3. Los fármacos de primera elección son los sustitutos de la nicotina en sus diversas presentaciones (parches, preparados para inhalación, goma de mascar, comprimidos sublinguales) y el bupropión de liberación prolongada
NE 1
FR A
4. La asociación de parches con inhaladores, goma de mascar o comprimidos sublinguales de nicotina es más eficaz que una presentación única y se puede utilizar en los pacientes resistentes
NE 1
FR A
5. Proponer a todas las mujeres que quieren dejar de fumar, en las cuales está indicada una intervención más intensa, o que lo desean, la terapia cognitivo-conductual o el consejo profesional individual
NE 1
FR A

Continúa pág. siguiente

TABLA 2 Intervenciones para promover el abandono del hábito tabáquico válidas para todos los fumadores (*continuación*)

Programar: planificar el seguimiento

1. Proponer a la persona una cita en la primera semana después de la fecha fijada para dejar de fumar, probablemente el día siguiente. La visita debe ser al cabo de un mes, estableciendo una periodicidad regular. En el caso del embarazo, durante todo el tiempo de la atención prenatal y después durante el primer año tras el parto

NE 5

FR C

Recaída

1. Contactar con las personas que han vuelto a fumar para valorar si están dispuestas a volver a intentarlo

NE 5

FR C

TABLA 3 Intervención específica en mujeres embarazadas

1. Aconsejar el abandono del consumo de tabaco a las mujeres que han decidido tener un/a hijo/a

NE 5

FR C

2. En las mujeres embarazadas efectuar la intervención en la primera visita y en las visitas sucesivas, en fases más avanzadas de la gestación

NE 2

FR B

3. Ofrecer una información clara, precisa y específica de los riesgos del tabaco para el feto y para la propia madre

NE 1

FR A

4. Ofrecer a las mujeres embarazadas una intervención social y conductual más intensa que la recomendación de intervención mínima

NE 1

FR A

5. En las mujeres embarazadas el tratamiento farmacológico sólo debe plantearse si no se consigue dejar de fumar con las intervenciones de tipo social y conductual

– El prospecto del tratamiento sustitutivo de la nicotina contiene como contraindicación el embarazo, por lo que deben sopesarse con la mujer los riesgos y los beneficios, además de obtener un consentimiento informado

NE 5

FR C

que las mujeres embarazadas pertenecen al grupo de edad de las mujeres con el mayor porcentaje de consumo de tabaco (46% en mujeres entre 16 y 44 años)², por lo que una reducción global del 10-20% supone un abandono del 4,6-9,2% de toda la población femenina fumadora, frente al 1,35% de la misma si consideramos una eficacia del consejo en la población femenina general (de todos los grupos de edad) del 5% y dado que el porcentaje global de consumo entre las mujeres es el 27%.

2. Se ha demostrado en otras intervenciones preventivas que el embarazo es una época de especial «sensibilidad» y «recepti-

vidad» para los consejos de salud, lo que los hace especialmente eficaces. Probablemente el entorno de la mujer embarazada (p. ej., su pareja o sus otros hijos) puedan beneficiarse de esto.

3. Los riesgos que se pueden prevenir con el abandono del hábito tabáquico durante el embarazo y después de él (y por tanto la efectividad del consejo antitabaco durante el mismo) son muy importantes y se refieren a 3 etapas vitales distintas de la unidad madre-hijo:

– El abandono del consumo durante el embarazo disminuye la exposición del feto

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ El feto puede verse afectado por la nicotina consumida por la madre y este efecto es dependiente de la dosis. Por este motivo se aconseja que las mujeres embarazadas dejen de fumar completamente sin someterse a tratamiento sustitutivo con nicotina. En humanos hay varios estudios que, a pesar de no observar alteraciones en el bienestar fetal durante la administración de parches de nicotina, no sientan las bases para su empleo en la gestación.

▼ Seguir fumando tiene un riesgo mayor que la terapia sustitutiva con nicotina, y en todo caso hay que valorar individualmente el beneficio/riesgo de aquélla considerando que su recomendación suele estar indicada cuando el consumo es superior a 10 cigarrillos al día.

TABLA 4 Recomendaciones para el tratamiento farmacológico para dejar de fumar

Terapia sustitutiva con nicotina						
Dependencia (Fagerström)	Baja (de 0 a 4)		Media (de 5 a 6)		Alta (> a 7)	
Tipo de fumador	«De pico» ^a	Estable ^b	«De pico»	Estable	«De pico»	Estable
< 10 cigarrillos/día	Inhalador o chicle (2 mg) o comprimido	Parche	Inhalador o chicle (2 mg) o comprimido	Parche	Chicle (2 mg) o comprimido	Parche de 24 h a veces con chicle o inhalador o comprimido
10-20 cigarrillos/día	Inhalador o chicle	Parche	Inhalador o chicle	Parche	Chicle (4 mg) o comprimido	Parche de 24 h a veces con chicle o inhalador o comprimido
> 20 cigarrillos/día	Inhalador o chicle	Parche de 24 h	Inhalador o chicle	Parche de 24 h	Chicle (4 mg) o comprimido	Parche de 24 h asociado a chicle o comprimido

Terapia con bupropión (sólo bajo prescripción médica; está contraindicado en la mujer embarazada y durante la lactancia)

– Se puede administrar a la misma dosis a todos los pacientes, independientemente de la dependencia y de la cantidad diaria de cigarrillos

– Dosis: 150 mg cada mañana durante 6 días; después, 150 mg/12 h

– Duración: empieza entre 1 y 2 semanas antes de dejar de fumar y dura entre 7 y 12 semanas, aunque se puede mantener 6 meses

^aEl fumador que necesita el refuerzo positivo del consumo se denomina en la biliografía «de pico».

^bEl fumador que consume para evitar el síndrome de abstinencia se denomina en la biliografía «estable».

LECTURA RÁPIDA

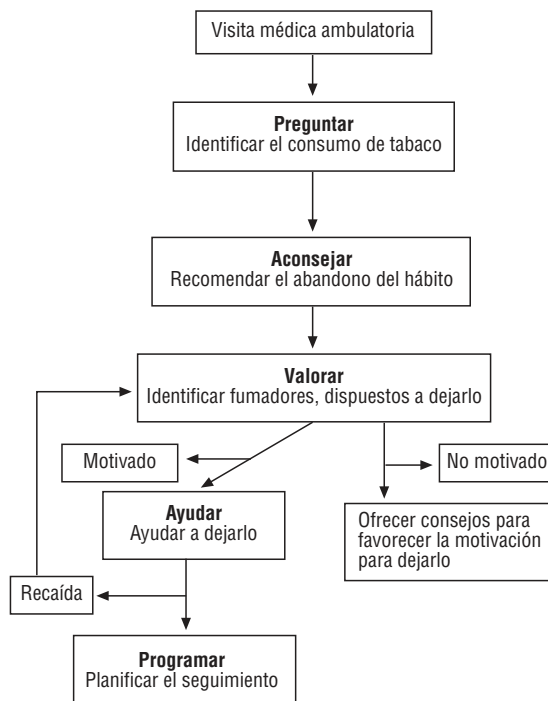
Por lo que respecta al bupropión, la seguridad de la utilización del medicamento para la mujer o el feto durante el embarazo no ha sido definida todavía.

El bupropión o sus metabolitos son excretados en la leche materna, por lo que el uso de este fármaco está contraindicado durante la lactancia materna.

Importancia del consejo para dejar de fumar durante el embarazo

El consejo antitabaco es eficaz para favorecer el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo y, sobre todo, después del mismo.

FIGURA 1 Intervención clínica mínima. Diagrama de flujo de la intervención.



al tabaco, que es la que tiene mayores consecuencias perjudiciales sobre el feto, el recién nacido y el niño en un futuro: esto se demuestra por la mayor acumulación de los metabolitos tóxicos de tabaco en la orina de los recién nacidos expuestos durante el embarazo en comparación con los niños

expuestos posnatalmente y porque la exposición fetal afecta a diferentes variables de salud del feto, el recién nacido y el niño, como desarrollo pulmonar, prematuridad, bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, etc.⁵

– El abandono del consumo después del

TABLA 5 Recomendaciones para la utilización de la terapia sustitutiva en el embarazo

Presentación	Dosis	Duración	Instrucciones de uso	Efectos adversos
Parches de nicotina	Parches de 24 h (21, 14 y 7 mg) Parches de 16 h (15, 10 y 5 mg)	8 semanas: 4 semanas a dosis alta, 2 semanas a dosis media y 2 semanas a dosis baja	No fumar, aplicar sobre piel limpia, seca y sin vello: antebrazo, hombro, cadera	Reacción cutánea local, insomnio
Chicles de nicotina	Chicles de 2 y 4 mg: 2 mg de entrada y 4 mg si fracasan los anteriores y en los fumadores con mayor dependencia; máximo 30 chicles/día de 2 mg o 20 de 4 mg	3 meses (máximo 6 meses)	No fumar, masticar durante 30 min. no comer ni beber desde 15 min antes	Dolor mandibular, dispepsia
Inhalador nasal de nicotina	8-40 dosis al día	3-6 meses		Irritación nasal, posible dependencia
Comprimido sublingual de nicotina	Comprimidos de 2 mg: 1-2 comp/h (máximo 3 comp/día)	3-6 meses (máximo 6 meses)	Dejar disolver bajo la lengua (durante unos 30 minutos)	Irritación de boca y garganta los primeros días, mareo, dolor de cabeza

embarazo disminuye la exposición posnatal del niño: esto reduce los trastornos asociados con la misma, como la mayor incidencia de infecciones respiratorias, asma, etc.²²⁻²⁷.

– El abandono del consumo después del embarazo disminuye la exposición de la propia madre: esto reduce toda la patología asociada a la misma⁷⁻¹⁴.

Guía clínica para favorecer el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo

Sobre la base de estas premisas se ha elaborado esta guía clínica en forma de tablas (tablas 1-3) y una figura (fig. 1) para promover el abandono del hábito tabáquico dirigida a profesionales sanitarios. Su objetivo es proporcionar a estos profesionales sanitarios una herramienta válida para intervenir y combatir la dependencia del tabaco en las mujeres, especialmente durante la gestación, simplemente llevando a cabo actuaciones breves durante las visitas rutinarias de control del embarazo. Este tipo de estrategia presenta la ventaja de poder acceder fácilmente a un número importante de mujeres, aunque la proporción de las que realmente alcanzan resultados estables parece ser limitada. Las tablas deben emplearse durante la entrevista con la mujer. Cada pregunta y/o recomendación incluye la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación basada en la misma (tabla 1). Se incluyen además dos tablas (tablas 4 y 5) sobre la terapia farmacológica para dejar de fumar y el tratamiento sustitutivo. Durante la con-

versación se recomienda: *a)* una actitud de firmeza y confianza a la vez, que adopte un tono asertivo y no autoritario y que facilite acuerdos y no imposiciones; *b)* un lenguaje claro y simple, empleando palabras o metáforas referentes al embarazo, con referencias personales a su gestación más que generales; *c)* el empleo de preguntas abiertas para hacer surgir la motivación para dejar de fumar; *d)* indagar sobre los miedos y las dificultades para dejar el hábito; *e)* proponer consejos y soluciones aceptables, personalizadas y factibles; *f)* transmitir el convencimiento de las posibilidades personales de éxito sin banalizar las dificultades sino previéndolas, y *g)* capacidad para escuchar y empatizar y transmitir la corrección de la información y la capacidad de ayuda.

Agradecimientos

Los autores desean dar las gracias expresamente a Manel Nebot, Oriol Vall y Piergiorgio Zuccaro por su ayuda en la realización de este y otros artículos.

Bibliografía

1. Barthechie CE, Mackenzie TD, Schrier RW. The human costs of tobacco use. *N Engl J Med* 1994;330:907-11.
2. <http://www.msc.es>
3. United States Department of Health and Human Services (US DHHS). Reducing the health consequences of smoking. A report of the Surgeon General. Rockville: US Department

LECTURA RÁPIDA

Se ha demostrado en otras intervenciones preventivas que el embarazo es una época de especial «sensibilidad» y «receptividad» para los consejos de salud, lo que los hace especialmente eficaces.

Los riesgos que se pueden prevenir con el abandono del hábito tabáquico durante el embarazo y después de él son muy importantes.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



Guía clínica para favorecer el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo
Su objetivo es proporcionar a estos profesionales sanitarios una herramienta válida para intervenir y combatir la dependencia del tabaco en las mujeres, especialmente durante la gestación, llevando a cabo actuaciones breves durante las visitas rutinarias de control del embarazo.



Durante la conversación se recomienda: a) una actitud de firmeza y confianza a la vez, que adopte un tono asertivo y no autoritario y que facilite acuerdos y no imposiciones; b) un lenguaje claro y simple, empleando palabras o metáforas referentes al embarazo; c) el empleo de preguntas abiertas para hacer surgir la motivación para dejar de fumar; d) indagar sobre los miedos y las dificultades para dejar el hábito; e) proponer consejos y soluciones aceptables, personalizadas y factibles; f) transmitir el convencimiento de las posibilidades personales de éxito sin banalizar las dificultades; g) capacidad para escuchar y empatizar y transmitir la corrección de la información y la capacidad de ayuda.



- of Health and Human Services. Centers for Disease Control. Center for Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health, 1989 DHHS Publication n.º (CDC) 89-8411.
4. <http://www.enro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/EHR/Home>
 5. Pardell H, Jané M, Sánchez I, Villalbí JR, Salto E, Becoña L, et al. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Organización Médica Colegial, 2002.
 6. Parker SL, Tong, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics 1996. CA. Cancer J Clin 1996;46:5-27.
 7. Shapiro S, Slone D, Rosenberg L, Kaufman DW, Stolley PD, Miettinen OS. Oral-contraceptive use in relation to myocardial infarction. Lancet 1979;1:743-7.
 8. Wild RA, Taylor EL, Kuchans A. The gynecologist and the prevention of cardiovascular disease. Am J Obstet Gynecol 1995;172:1-13.
 9. Maximovitch A. Cigarette smoking at time of in vitro fertilization cycle initiation has negative effect on in vitro fertilization embryo transfer success rate. J Assist Reprod Genet 1995;12:75-7.
 10. Hersey P, Prendergast D, Edwards A. Effects of cigarette smoking on the immune system. Med J Aust 1983;2:425-9.
 11. Peterson F, Fries H, Nilius SJ. Epidemiology of secondary amenorrhea. Am J Obstet Gynecol 1973;117:80-6.
 12. Stergachis A, Scholes D, Daling JR, Weiss NS, Chu J. Maternal cigarette smoking and the risk of tubal pregnancy. Am J Epidemiol 1991;133:332-7.
 13. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bosuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta analysis. Fertil Steril 1996;65:1093-9.
 14. Mattison D. The effects of smoking on fertility form gametogenesis to implantation. Environ Res 1982;28:410-33.
 15. Chatenoud LC, Parazzini F, Di Cintio E, Zanconato G, Benzi G, Bortolus A, et al. Paternal and maternal smoking habits before conception and during the first trimester: relation to spontaneous abortion. AEP 1998;8:520-6.
 16. Castellanos ME, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: magnitud del problema y prevención desde los sistemas sanitarios. Med Clin (Barc) 1998;111:670-4.
 17. Blair PS, Fleming PJ, Bensley D, Smith I, Bacon C, Taylor E, et al. Smoking and the sudden infant death syndrome: results from 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. BMJ 1996;313:195-8.
 18. Al-Alawi E, Jenkins D. Does maternal smoking increase the risk of neonatal polycythemia? Ir Med 2000;93:175-6.
 19. Charlton A. Children and smoking: the family circle. Br Med Bull 1996;52:90-107.
 20. Pichini S, Puig C, García-Algar O, Pacifici R, Figueroa C, Vall O, et al. Efectos neonatales del hábito tabáquico durante el embarazo y determinantes sociodemográficos en Barcelona. Med Clin (Barc) 2002;118:53-6.
 21. García-Algar O, Puig C, Méndez C, Vall O, Pacifici R, Pichini S. Neonatal nicotine withdrawal syndrome. J Epidemiol Community Health 2001;55:687.
 22. Tager I, Hanrahan J, Tosteson T. Lung function, pre and post-natal smoke exposure, and wheezing in the first year of life. AM Rev Respir Dis 1993;147:811-7.
 23. Weitzman M, Gotmaker S, Klen D. Maternal smoking and childhood asthma. Pediatrics 1990;85:505-1.
 24. Llorens J, Tauler E. Tabaquismo pasivo en niños con padres fumadores. Med Clin (Barc) 1987;89:40-4.
 25. Weitzma M, Gotmaker S, Sobol A. Maternal smoking and behavioral problems of children. Pediatrics 1992;90:342-8.
 26. Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSouef PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. Lancet 1996;348:1060-4.
 27. Ehrlich RI, Du-Troit D, Jordaan E, Zwarenstein M, Potter P, Volmink JA, et al. Risk factors for childhood asthma and wheezing. Importance of maternal and household smoking. Am J Respir Crit Care Med 1996;154:681-8.
 28. Sayers G, Burke R, Corcoran R, Thornton L. Influences on breast feeding initiation and duration. Ir J Med Sci 1995;164:281-4.
 29. Horta BL, Barros FC, Memezes AM, Victória CG. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. Am J Epidemiol 1997;146:128-33.
 30. Castellanos ME, Nebot M, Payá A, Rovira M, Muñoz MI, Sanromá M, et al. El abandono del tabaquismo durante la gestación y la recaída. Progr Obstet Ginecol 2000;43:473-80.
 31. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1990.
 32. United States Department of Health and Human Services (US DHHS). The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1989. DHHS Publication.
 33. Salleras L. Los médicos y el tabaco. Med Clin (Barc) 1988;90:412-5.
 34. Ballvé Moreno JL, Vives A, Monteverde X. El tabaquismo en la atención primaria. Med Integral 1994;23:199-206.
 35. Sánchez L, Calatrava JM, Escudero C, García A, Arco V, Esteras A. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. Med Clin (Barc) 1988;90:404-7.
 36. Navarro MD. Fumar para dos: tabaco y salud durante el embarazo. Rev Sal Pub 1994;4:85-98.

37. Wilner S, Scker-Walker RH, Flynn BS. How to help pregnant women to quit smoking. En: Rosemberg M, editor. Smoking and reproductive health. Littleton: PSG, 1987; p. 215-22.
38. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP Jr, Goldenberg RL. Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tob Control* 2000;9:80-4.
39. Nardini S, Bertoletti R, Carrozzi L, Sabato E, Enzo E, Latini R, et al. Raccomandazioni per la attivazione e gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. *Rass Pat App Respirat* 2000;15:201-31.
40. Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R, et al. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. *Rass Pat App Respirat* 2001;17:55-70.
41. Castellanos ME, Nebot M, Rovira M, Payá A, Muñoz MI, Carreras R, et al. Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. *Aten Primaria* 2002;30:556-60.
42. Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993;12:86-90.
43. Silgay C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994;343:139-42.
44. US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Proposed rule analysis regarding FDA's jurisdiction over nicotine-containing cigarettes and smokeless tobacco products. *Federal Register* August 11, 1995.
45. Fewell JE, Smith FG, Ng VK. Prenatal exposure to nicotine impairs protective response of rat pups to hypoxia in an age-dependent manner. *Respir Physiol* 2001;127:61-73.
46. Slotkin TA, Lappi SE, McCook EC, Lorber BA, Seidler FJ. Loss of neonatal hypoxia tolerance after prenatal nicotine exposure: implications for sudden infant death syndrome. *Brain Res Bull* 1995;38:69-75.
47. Nardini S. Smoking Cessation: the role of bupropion among new pharmacologic agents. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001;56:467-72.
48. McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC, Nelson JC. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *Am J Public Health* 1999;89:706-11.
49. Anderson HR, Bland JM, Peacock JL. The effects of smoking on fetal growth: evidence for a threshold, the importance of brand of cigarette and interaction with alcohol and caffeine consumption. En: Poswillo D, Alberman E, editors. Effects of smoking on the fetus, neonate and child. Oxford: Oxford University Press, 1992; p. 80-107.