

TABACO y GESTACION

ABORDAGE DE LA PACIENTE EMBARAZADA

Dra. Elena Castellanos Hernández
Ginecóloga y Obstetra
Centro Médico Teknon
SCATT

TABACO Y GESTACION

- Causa PREVENIBLE de efectos adversos en la gestación más importante en los países industrializados.
 - Ernster, WHO 2001
- Las intervenciones para promover el abandono del tabaco son la única medida que se ha demostrado eficaz en la reducción de la PREMATURIDAD, el BAJO PESO AL NACER y la MORTALIDAD PERINATAL.
 - Lumley, Cochrane 2004

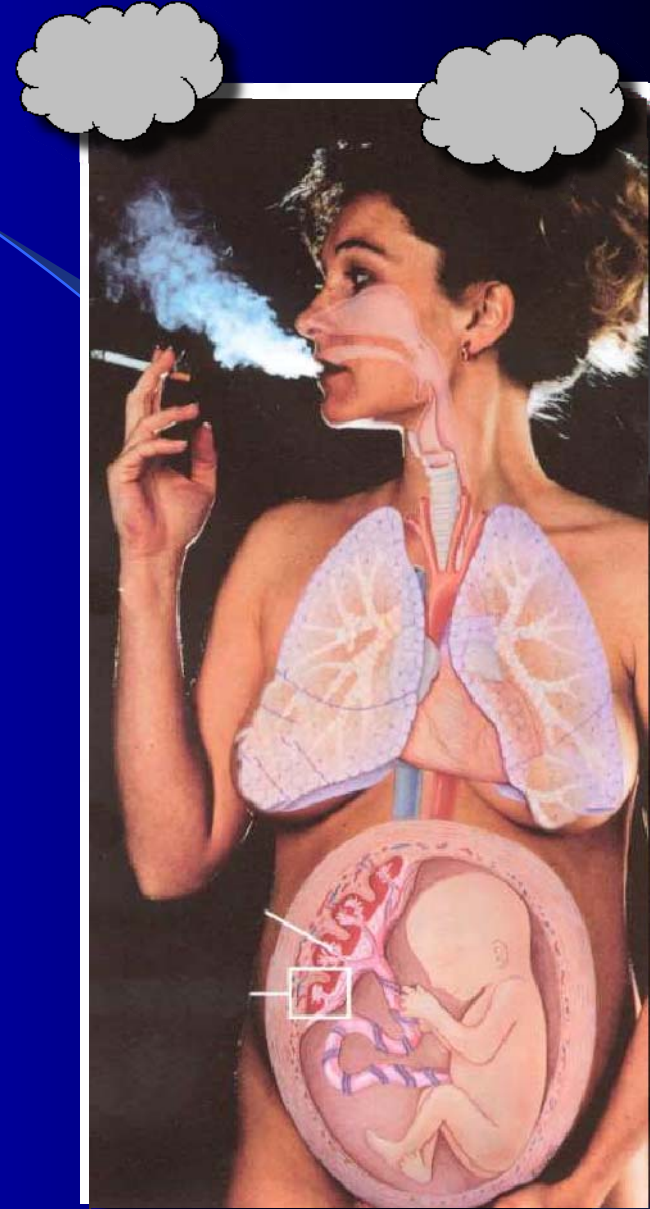
TABACO Y GESTACIÓN: MECANISMOS

Paso a través de la placenta de:

- Nicotina
- CO
- Tóxicos
- Mutagénicos
- Carcinógenos

Cotina encontrada en:

sangre, meconio, orina, pelo, primera dentición, de hijos de madres fumadoras activas y pasivas.



TABACO Y GESTACIÓN: MECANISMOS

- 1.- Nicotina: Efecto vasoconstrictor
 - a nivel de placenta
 - de circulación fetal
- 2.- CO: desplaza el oxígeno

HIPOXIA relativa crónica +
REDUCCIÓN DE APORTE DE NUTRIENTES

EFFECTOS DEL TABACO EN LA GESTACIÓN

Tabaquismo activo

- Bajo peso al nacer (*Simpson 1957*) (EC)
 - 250 gr
- Aborto espontáneo (ESb)
- Gestación extrauterina (ESb)
- Parto prematuro (EC)
- RPM (EC)
- DPPNI (EC) y Placenta previa (EC)
- Muerte perinatal (EC)
- Malformaciones congénitas (ESg)
- Cáncer infantil (ESg) Genotóxico-Amniocitos.
- (-) Inicio y mantenimiento de lactancia materna (ESb)
 - *British Medical Association, Smoking and Reproductive Life Report. 2004*



(CE): Evidencia concluyente, (SbE): E. substancial, (Sg): E. Sugestiva

EFFECTOS DEL TABACO EN LA GESTACIÓN

Tabaquismo pasivo

- Retraso de crecimiento intrauterino (ESb)
- Bajo peso al nacer (ESb)
- Prematuridad (ESb)
- SMSRN (EC)
- Otitis media (EC)
- Asma e infecciones respiratorias (EC)
- Problemas de comportamiento (ESg)
- Problemas de desarrollo y crecimiento (ESg)



Tabaco y fertilidad

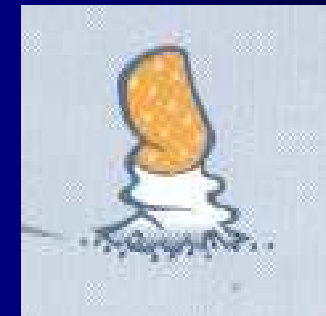
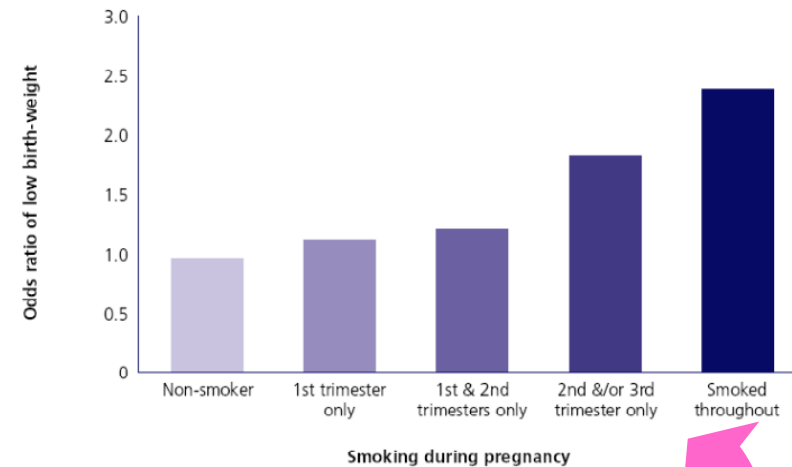
- Impotencia masculina (ESb)
- Calidad del semen
 - Alteración de motilidad y de la morfología (ESb)
 - Derivados de la nicotina (benzopiernos) --Alteración del DNA que persiste en los embriones (EC)
- Mutaciones en ovocitos (EC)
- Retraso en la concepción (ESb)
- Esterilidad (ESb)
 - X2, tanto primaria como secundaria.
 - Alteración tubárica.
 - Alteración en la implantación en endometrio
- Reducción del éxito de las TRA (ESb)



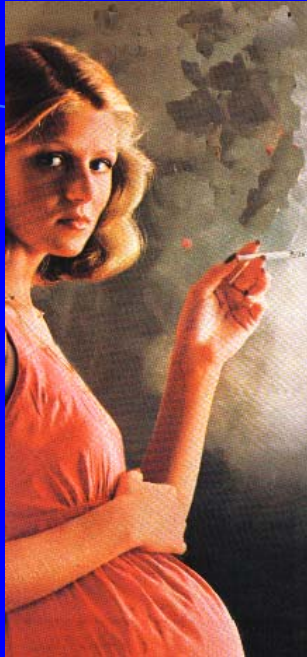
LOS EFECTOS DEL ABANDONO

- Reducción del riesgo de:
 - Embarazo Ectópico
 - Bajo peso
 - Cuanto antes mejor. 1ºT casi= nunca
 - Reducción del n/cd, bajo en nicotina/alquitrán: No efecto.
 - Parto prematuro
 - Dejar en 1º trimestre: (+ 1 semana)
 - Reducir consumo: No efecto
 - Desprendimiento placenta y PP
 - Muerte perinatal
 - Ingresos en el recién nacido

Figure 5: Effect of stopping smoking during pregnancy on the risk of low birth-weight

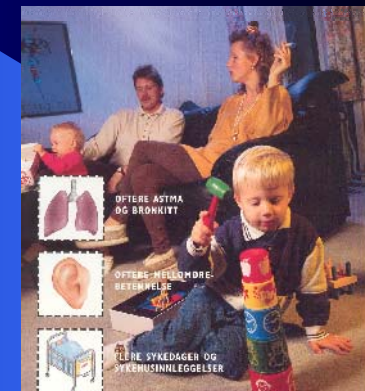


El problema



A pesar del aumento de la evidencia de los efectos adversos del tabaco en la gestación un elevado número de mujeres fumadoras continúan fumando durante el embarazo (25-75%)

- Desafortunadamente, para las que dejan de fumar, la recurrencia tras el parto es común (70%)



- España prevalencia 22-45 a = 45,5% (*)
- España prevalencia embarazo = 26,6% (*)
 - Extremadura = 39,1%
 - Galicia = 16,8%
- Cataluña (**)
 - Prevalencia inicio embarazo = 37,6%
 - Nacionales = 40,3 %
 - Extranjeras = 14%
 - Abandono espontáneo (antes contacto con SS) = 20%
 - Tasa de abandono durante la gestación = 55,3%
 - Prevalencia embarazo = 20,7%

 - Reducción del consumo

 - Recurrencia un año tras parto = 72,2%

(*) Martinez Frias 2005

(**) Jané 2007

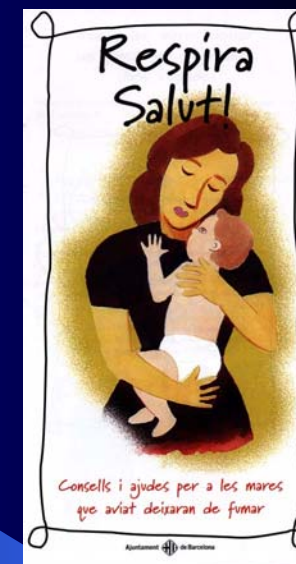
EL EMBARAZO: MOMENTO CLAVE, recomendar evitar exposición activa y pasiva



- La mayoría de las mujeres reconoce que el tabaco es un peligro para los fetos.
- Están preocupadas por su salud y la de sus hijos.
 - Especialmente receptivas a los mensajes de sanitarios
- Acuden con regularidad a las visitas de cuidados pre y postnatales.
 - Supone una oportunidad única de contacto con el sistema sanitario.

INTERVENCIONES EN EL EMBARAZO

- Desde los 80, un gran número de intervenciones st. por comadronas
 - (Revisión de Cochrane, Lumley 2004)
- Muy pocas en Cataluña/España



*IMS y Hospital Universitario del Mar. Barcelona
(Castellanos, At. Primaria 2002)*

1. Aumento de tasa de abstinencia durante el embarazo (20%)
 2. Reducción recurrencia un año post parto
(70% control vs 30% intervención)
 3. Reducción de nº c/d (- 5c/d)

- Las intervenciones para dejar de fumar llevadas a cabo por los profesionales de la salud incrementan las tasas de abandono.
- El consejo breve (5 a 15 minutos) es todo lo que se necesita para que un gran número de mujeres deje de fumar en el embarazo.
- Es mucho más probable que una mujer deje de fumar durante el embarazo, o cuando planea quedarse, que en ningún otro momento de su vida.

- Las mujeres embarazadas deben dejar de fumar lo antes posible.
- Cualquier momento es bueno. Nunca demasiado tarde.
 - Dejar de fumar es beneficioso en cualquier momento del embarazo.



Los profesionales de salud (Comadronas, enfermeras, obstetras, ginecólogos , pediatras, médicos de familia, cardiólogos, neumólogos, dentistas...)

- Aconsejar y promover, sistemáticamente, la abstinencia del consumo de tabaco y evitar la exposición ambiental a éste.

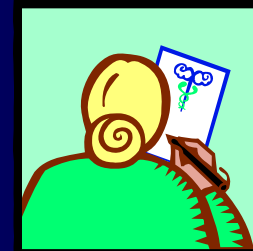
- Mujeres gestantes, cualquier edad gestacional
- Mujeres que planean un embarazo
- Mujeres en general

¿Qué hacemos hasta el momento ?
Ausencia de intervención sistemática
...¿Por qué?



¿Qué hacemos / Qué deberíamos hacer?

- Una pregunta en Hábitos Tóxicos
- Una recomendación breve en la primera visita
- Abandono / reducción (5 c/d)



- En todas las visitas, registrarlo.
- Intervención mínima:
 - Recomendar + Ayudar +/- Tratar
 - 5'A +/- TSN
- Abandono “para siempre” es el objetivo

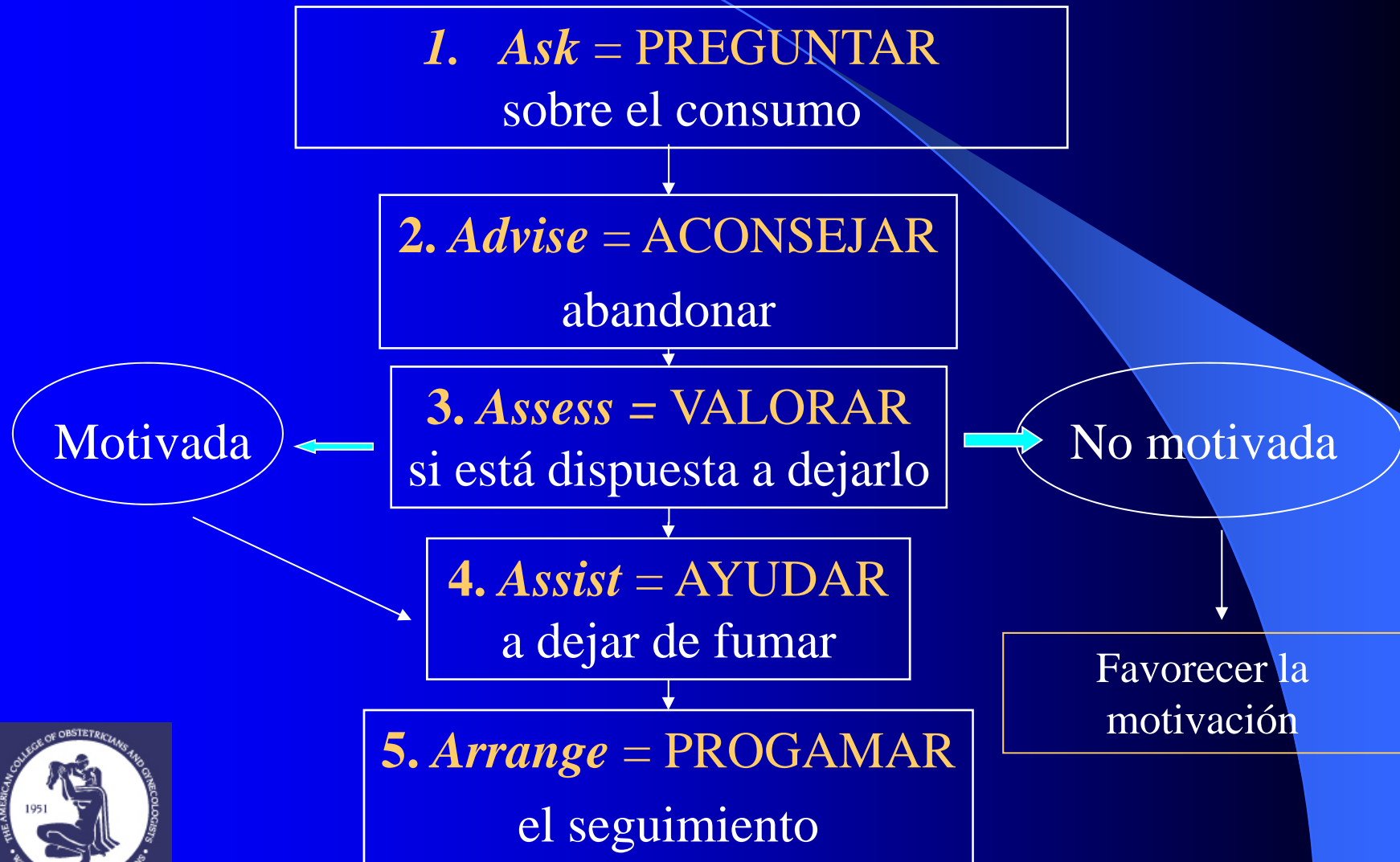
Sesiones grupales en “clases de educación maternal”

Conocer otros recursos y remitir (intervención intensiva por especialista, líneas telefónicas, on-line)

No asumido por:

- Desconocimiento de los efectos del tabaco en la gestación
- El riesgo queda diluido en la práctica diaria
- Falta de formación para la intervención.
 - Déficit de habilidades profesionales específicas para el consejo antitabáquico entre comadronas y obstetras
- Limitaciones de tiempo en las consultas
- Miedo a dañar la relación médico-paciente
- Elevado consumo de tabaco entre los profesionales de salud (Obstetras y comadronas de los más fumadores)
- Mitos: Preocupados por el efecto de la ansiedad de dejar de fumar.
¡NO EVIDENCIA!

Las 5 A's



1º paso: PREGUNTAR. 2 Minutos

- Preguntar a TODAS las mujeres que acuden a la consulta si fumaban ANTES de quedarse embarazadas (nº c/d) y si fuman AHORA (nº c/d)
 - Identificar: continúan fumando + abandonan espontáneamente (riesgo de recurrencia-requieren seguimiento)
- Escribir el nº c/d en la historia junto con el resto de la información que se recoge, en cada visita (presión, peso...)
- Evaluar el grado de dependencia: Fagestöm
 - Las gestantes tienden a minimizar el consumo (infra-declaración)
- Preguntar si su pareja fuma

Felicitar a las que han dejado de fumar antes o al enterarse del embarazo. Advertirles de los riesgos de recaída durante el embarazo o en el postparto.



paso 2: Aconsejar. 1-5 Minutos

- Consejo claro, firme y personalizado
 - **Claro:** “En el embarazo no se ha de fumar ni un cigarrillo al día”
 - **Firme:** “dejar de fumar es la cosa más importante que puedes hacer para proteger la salud de tu hijo y la tuya”
 - **Personalizado:** Hablar del impacto de dejar de fumar en el bienestar del feto, la familia y la paciente.

La meta debe ser el abandono, no la reducción

Entregar material escrito (folletos...) si se dispone

El tono

- Tono neutro y descriptivo
 - no acusador ni que suene a reprimenda (“ni bronca”)
 - como si estuvieses hablando de los efectos causados por un virus o una enfermedad crónica.
 - Que desmitifique el tabaco como un aliado o una ayuda.

“Frases relacionadas con el embarazo”

- Antes decíamos que en el embarazo se podía fumar hasta 5 cigarrillos al día pero ahora ya sabemos que también esa cantidad es perjudicial
- La nicotina, los tóxicos y los carcinógenos pasan la placenta y desde tu sangre llegan a la del bebé
- *Seguro que no te gustaría ver a tu hijo fumando en la ecografía? Cada vez que tu fumas él fuma también.*
- La dosis que él recibe es proporcionalmente mucho mayor que la que tu recibes.



Como hablar de los efectos del tabaco en la gestación

- El tabaco en el embarazo no solo hace que los bebés sean más pequeños al nacer o que sean prematuros.
- también se ha visto que les afecta una vez que han nacido: más asma, otitis, ingresos hospitalarios...
- Incluso la muerte súbita (que también se relaciona con el consumo del padre).
- Los últimos estudios apuntan a que también puede ser causa de cáncer (leucemia) infantil.

Beneficios de dejar de fumar

- Tendrás más dinero para otros gastos
- Tendrás menos dependencia del tabaco
- Después de unos días tendrás menos ansiedad.
- Tu bebe se desarrollará en un entorno con menos riesgos, más limpio y seguro.
- “No tendrás broncas con los que te dicen que dejes de fumar...”
- ...

Paso 3: VALORAR. 1/2 Minuto

- Valora si la paciente está dispuesta a dejar de fumar en los próximos 30 días (eje: antes de la próxima visita)
 - ¿Crees que dejarás de fumar antes de la próxima visita?
- Respuesta:
 - **SI**: pasar a AYUDAR
 - **NO**: intentar favorecer la motivación: Piensa en lo que hemos hablado, lee el folleto, lee un libro...
 - En ocasiones hostilidad/cambian de tema...
 - No tomarlo personalmente. Es parte del síndrome

Si ya ha dejado de fumar, preguntar:

- ¿Crees que volverás a fumar tras el parto?

Diferenciar entre lo que desearía y lo que tiene la intención de hacer

Paso 4: AYUDAR. Unos minutos...

- Fijar una FECHA (mejor antes de dos semanas). Ni un cigarrillo más.
- Enseñarle a reconocer los SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA y ESTRATEGIAS para vencerlos
 - **Deseo imperioso de fumar**
 - Respirar hondo 3 veces
 - Abrir la ventana
 - Beber agua
 - Mascar chicle sin azúcar
 - **Nerviosismo**
 - Pasear, tomar un baño caliente
 - **Dificultad para concentrarse**
 - Centrar la atención en una sola idea
 - **Hambre***
 - Beber agua a menudo, comer pedazos de fruta/zanahoria
 - **Insomnio***
 - Evitar cafeína
 - **Estreñimiento***
 - Aumentar la ingesta de fibra, beber agua, laxantes.

- Vienen y se van en < 3 min.
- Mantener la mente, manos y boca ocupados
- Ordenar a la mente:

NO FUMES !

AYUDAR. Estrategias

- ¿Cuándo fumas?
 - Si como momento de relax, de “parón” de la actividad.
 - Cambiar situaciones que se asocian al consumo de tabaco.
(Eje: Después de comer levantarse de la mesa y cepillarse los dientes en lugar de tomar “el café y el cigarrillo”)
Buscar otra actividad que guste como alternativa al rato del cigarro

AYUDAR. Estrategias

- Deshacerse del tabaco que se tenga
- Contarle a las personas cercanas que ha dejado de fumar, para fortalecer el compromiso.
- Si su pareja fumar, pedirle que deje de fumar con ella
- Pedir a los que le rodean:
 - Que no fumen cerca de ella.
 - Que no le ofrezcan tabaco



Tratamiento farmacológico : TERAPIA SUBSTITUTIVA DE NICOTINA

Riesgo de fumar (nicotina + tóxicos +carcinógenos) > Riesgo de TSN (nicotina sólo)

- Últimos estudios: No compromiso fetal superior al de consumir tabaco
– “n” pequeña-

- Tradicionalmente contraindicada
- Siempre que sea posible evitarla en el embarazo
- Consenso internacional: recomendarla tras una evaluación riesgo-beneficio:

Si existen factores pronósticos desfavorables como:

- Fumar >10 c/d al inicio de la gestación.
- Elevada dependencia (Fageström >5)
- Síntomas de abstinencia marcados en previos embarazos o previos intentos de dejar de fumar.



TSN dosis

- Dosificar de manera adecuada como en población general.
- Saturar 80-90% de los receptores nicotínicos
- Administrar mínimo 1mg de nicotina por cigarrillo

Tratamiento farmacológico : TERAPIA SUBSTITUTIVA DE NICOTINA

- **Chicles:**

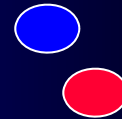
- de 2 y 4 mg. Nicorette fresh mint-fruit (sabor mejorado).
 - Masticar 10 veces/parar/reiniciar. Total 20 min
 - No comer ni beber mientras se mastica
 - Si Fageström > 7 iniciar con 4 mg.
- Max. 20 chicles/día. Ir reduciendo dosis +/- cada 2 semanas
- 2-3 meses
- Ef.2º: dolor mandíbula, picor de garganta, mareo, dispepsia (mala tolerancia st si náuseas en el embarazo)

- **Comprimidos:**

- De 1, 2 y 4 mg. Chupar hasta disolución. Si no quiere chicle.

- **Parches**

- De 16 hrs (15,10, 5 mg) // de 24 hrs (30,20,10) retirarlo por la noche -
- 2 meses: 4 s dosis alta + 2s dosis med + 2s dosis baja
- Ef.2º: irritación local, insomnio.



TSN y embarazo: cumplimiento

- Motivos

- Preocupación por los efectos de la medicación en el feto
- Efectos adversos: no, = pob general.
- Aclaramiento acelerado de cotinina (140%) y nicotina (60%) en gestantes a las 25 s (Dempsey, 2002).
 - Requerir una dosis más elevada/Exposición global no superior a fumando.

EFICACIA/CUMPLIMIENTO TSN

- NEJM 1 marzo 2012. Coleman. Inglaterra
- (4 x estudio más grande hasta la fecha)

- 1050 Gestantes 16-50 a, 12-24s, ≥ 5 c/d. Grandes fumadoras
 - 1/3, 1° cig- 5min
 - Media 14 c/d
- Validación con cotinina en saliva

- Consejo 1hr – Comadrona Estudio + TSN/Placebo (8 s, 15mg/16hr/d)
- Fecha de abandono < 2 s

- Apoyo telefónico:
 - Fecha del abandono
 - 3 días más tarde
 - 4 s más tarde.
- Apoyo en consulta: Si abstinentes tras un mes. Validación con CO exhalado. 4 s más de parches.
- Ingreso parto: Autodeclaración + Validación CO (< 8 ppm) y cotinina en saliva (< 10 mg/ml).
- Permitido: < 5 cig / 5 ocasiones.

- **CESACIÓN ESPERADA**
 - Cesación placebo 16%
 - 10% espontáneo tras 1ª visita +
 - 6-7% consejo.
 - Cesación de TSN = en pob general
 - 25%
 - _____
- **Cumplimiento del tto >1m**
 - TSN 7,2 % (38 gestantes)
 - placebo 2,8% (14 gestantes)
 - _____
- **Abstinencia al mes:**
 - TSN 21,3 %
 - Placebo 11,7%
 - N.S.
- **Abstinencia en el parto:**
 - TSN 9,4%
 - Placebo 7,6 %
 - N.S.

Bajo cumplimiento de TSN en la gestación

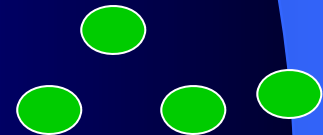
- Utilización media del parche en otros estudios
 - Población general: 54% < 1mes
 - Vuelven a fumar
 - Piensan que no les ayuda
 - Gestantes
 - Duración media
 - parches
 - 2 semanas (Pollak 2007)
 - 3 semanas (Wisborg 2000)
 - Chicles de 2 mg
 - 5 s (Oncken 2008)
- Motivos
 - Preocupación por los efectos de la medicación en el feto
 - Efectos adversos
 - Pob general: Parche 1-5%
 - Gestantes :
 - Coleman 2012: Parches 8,8%
 - Otros estudios :
 - Parche TSN o placebo 4,4%
 - Chicles 12 %
 - Aclaramiento acelerado de cotinina (140%) y nicotina (60%) en gestantes a las 25 s (Dempsey, 2002).
 - Requerir una dosis más elevada/Exposición global no superior a fumando. Neuroteratógeno en animales (Stolkin 2008).

Conclusión

- La TSN no puede ser recomendada/rechazada con certeza clínica
 - Los estudios actuales no informan de
 - beneficios en las tasas de abstinencia
 - ni riesgos en seguridad
 - Pero el cumplimiento es muy bajo para poder sacar conclusiones válidas.

Bupropion/Vareniclina

- Estudios animales: no efectos adversos
- La seguridad en humanos no ha sido definida: Evitarlos durante la gestación.
- Se excretan en la leche: evitarlos en la lactancia.



Paso 5: PROGRAMAR- 1/2 minuto

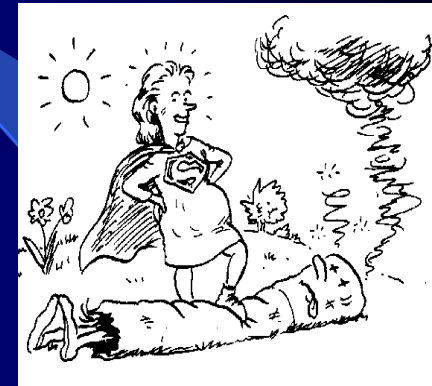
- Fijar una fecha de seguimiento (no > 7 días del día X)
 - Consulta vs. Telefónica.
- Las siguientes visitas, un mes más tarde, pueden coincidir con la prenatales o del postparto.

- Mostrar nuestra:
 - confianza en que dejará de fumar
 - deseo de ayudar



VISITAS DE SEGUIMIENTO

- Verificar cumplimiento del tratamiento
 - (conductual o farmacológico)
- Hablar de dificultades y preocupaciones
- Invitarle a hablar de su éxito/falta de éxito
- Identificar las situaciones con riesgo de recurrencia
 - Cuando se pasan las nauseas y el asco al tabaco
 - 3º trimestre hablar del riesgo de recurrencia tras el parto



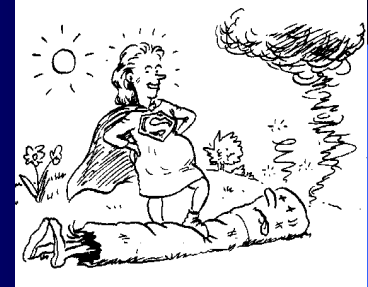
Recurrencia

- No se deber tomar como un fracaso sino como la reactivación de una enfermedad crónica.
- Evitar sentido de culpabilidad
- Ayudar a comprender las razones de la recurrencia
 - Estrés, ganancia de peso, ansiedad-depresión, disminución de la motivación, factores sociales...
- Explicar que cada intento ofrece conocimientos nuevos y le acerca al éxito.

Existe poca evidencia sobre que funciona a la hora de prevenir la recurrencia post-parto.

El consejo. Más efectivo en:

- 1.- Consumo bajo a moderado (<10 c/d)
- 2.- Consultan en 1º trimestre de embarazo
- 3.- Creen que serán capaces de dejar de fumar
- 4.- Su pareja no fuma o ha dejado de fumar
- 5.- Se creen capaces de enfrentarse al síndrome de abstinencia
- 6.- Tienen náuseas al inicio de la gestación
- 7.- Primer embarazo
- 8.- Nivel económico medio-alto



Existe poca evidencia de lo que se debe hacer para que las mujeres de bajo nivel s-e dejen de fumar.

RETO.

Caso clínico 1: Mujer de 39 años, 10 s. Fuma 15 años, 20 c/d ee – 15c/d ah, Fagestrom 5. Dejó de fumar hace 3 años 8 meses sin tto fco. Recayó en una boda. No trabaja. Prj no fuma. Quiere dejar de fumar ya.

- **1ª visita (jueves):** Fijar fecha: El sabado (su marido no trabaja + distraida).
- **2ª visita (12s):** 12-15 c/d. Amigos a cenar. No se vió capaz sola. Prefiere chicles: Chicle 2 mg 12 p/d. (a demanda 8-20) + 0cg/d. Apuntar nº ch/d. Iniciará ese mismo día. Próximo sábado (irá al cine)
- **Llamada tf 2 s después:** No fuma. 8-10 ch/d, bien tolerados. Enhorabuena! Plan: Bajar a 2ch/d cada 1-2 sem.
- **3ª visita (17s):** 4-6 ch/d.
- **4ª visita (22 s):** No consume chicles de nicotina ni tabaco
- **Sucesivas visita y postparto:** Abstinente...

Caso clínico 2: Mujer de 28 años, 12 s. Fuma 12 años, 15 c/d ee – 12c/d ah, Fagestrom 6. Usó chicles nicotina hace 2 años, no le gustaba el sabor ni masticar chicle + acidez de estómago. Trabaja de peluquera (fuma a la puerta con sus compañeras). Prj no fuma. Quiere dejar de fumar ya, se siente muy culpable.

- 1ª visita: “5As”. Fijar fecha: Hoy.
- 2ª visita (+1s/ 13s): 12-15 c/d. Parche de Nicotina 15, 4 semanas + 0 c/d. Fecha inicio: ya (se lo aplica en la consulta).
- Llamada tf 1s después: No fuma. Parche bien tolerado. Ligera cefalea. Paracetamol SOS. Enhorabuena! Plan: Seguir así hasta próx vis.
- 3ª visita (17s): Parche 10, 2 s. + Parche 5, 2 s.
- 4ª visita (22 s): Sin parche desde hace 2 días. Abstinente.
- Sucesivas visita y postparto (1 m + 6 m) : Abstinente



[IML Home](#)

[About the IML](#)

[Mission](#)

[Staff](#)

[Location](#)

[Education & Training](#)

[Continuing Med. Education](#)

[Counter-Terrorism Prep.](#)

[Advanced Dist. Learning](#)

[Dr. Koop's Stories Online](#)

[Publications](#)

[Contact](#)

[Credits](#)

[<< Back to CME Index](#)

Smoking Cessation for Pregnancy and Beyond: Learn Proven Strategies to Help Your Patients Quit

This program, based on the "Virtual Practicum" model, is intended for health care providers who will be assisting their female patients in quitting smoking, in particular, patients who are pregnant or in their child-bearing years.

Dr. Sharon Phelan is your host and mentor as you counsel and assist three sets of simulated patients to quit smoking. In addition to teaching the principles of the 5 A's intervention, these interactive cases provide the learner an opportunity to explore the broader psychosocial dimension of cessation counseling. Smoking Cessation for Pregnancy and Beyond supplies strategies for implementing optimal and efficient office systems to support smoking cessation counseling and documentation.

This program offers various learning tools, including:

- Interactive case simulations and comprehensive discussions of the patient visits.
- Mini-lectures on relevant topics from leading experts, including former Surgeon General Dr. C. Everett Koop and Dr. Neil Benowitz.
- Interviews with real patients who have quit
- A dedicated web site of pertinent links and office resources

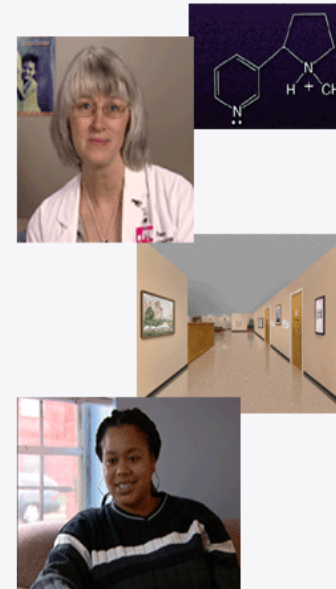
Download the Installer -- this requires that you have a high-speed Internet connection.

The CD-ROM version of this program will be available for purchase through The American College of Obstetricians and Gynecologists in August 2004. An active link to ACOG's order form will be added here at that time.

- [User Manual \(PDF\)](#) - requires [Acrobat Reader](#)
- [Guide for Installation and Use \(read-me\) \(PDF\)](#) - requires [Acrobat Reader](#)

Smoking Cessation for Pregnancy and Beyond: Online Resources

- [Web Links](#)



<http://iml.dartmouth.edu/education/cme/Smoking>

CONCLUSIÓN



- Dejar de fumar durante el embarazo y mantener la abstinencia tras el parto
 - Disminución del riesgo asociado a:
 - Exposición fetal intrauterina
 - La exposición ambiental postnatal
 - La exposición activa de la madre



EL EMBARAZO ES UN MOMENTO IDEAL PARA AYUDAR A LAS MUJERES A DEJAR DE FUMAR PARA SIEMPRE

Desde nuestra posición

¡APROVECHEMOSLO!