



Editorial

Seguridad y efectividad del tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo

Safety and Efficacy of Nicotine Replacement Treatment During Pregnancy

Óscar García-Algar^{a,*} y Mireia Jané Checa^b^a Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, Barcelona, España^b Programa de Salud Materno-infantil, Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, España

La comunidad científica está de acuerdo en considerar el humo del tabaco como la principal causa de morbilidad y de mortalidad evitables en la actualidad. La prevención del consumo activo y de la exposición al humo de tabaco ambiental son objetivos prioritarios de las políticas de salud pública. Las principales estrategias referentes al control del tabaco incluyen la reducción de la exposición al humo de tabaco ambiental, la reducción del inicio del consumo y el incremento del abandono del mismo. En este último apartado, el tratamiento de la adicción a la nicotina con el empleo de la terapia sustitutiva es una de las intervenciones centrales¹.

El consumo activo de tabaco durante el embarazo y la exposición materna al humo de tabaco ambiental suponen un riesgo para el feto por los posibles efectos nocivos de la nicotina sobre los resultados perinatales y la salud del RN y posteriormente a lo largo de la infancia^{2,3}. En concreto, el consumo materno de tabaco aumenta el riesgo de aborto espontáneo, placenta previa, desprendimiento prematuro placentario, bajo peso al nacer, parto prematuro, mortalidad perinatal, labio leporino, síndrome de muerte súbita del lactante y abstinencia neonatal de la nicotina. Además, se ha asociado a deficiencias cognitivas y trastornos de conducta durante la infancia⁴.

En el humo del tabaco se encuentran múltiples toxinas que pueden explicar estos resultados negativos de la exposición, incluyendo monóxido de carbono, nicotina, cianuro, cadmio y diversos carcinógenos. El monóxido de carbono se considera la toxina biológicamente presente en el humo del tabaco más importante para el feto. Reduce el aporte de oxígeno al feto y la exposición al mismo durante el embarazo es una causa bien establecida de desarrollo cerebral fetal anormal y de retraso del crecimiento fetal. La nicotina puede disminuir la disponibilidad de oxígeno y nutrientes para el feto al reducir el flujo sanguíneo placentario y también puede afectar directamente al desarrollo neuronal y de otras células³⁻⁸.

La principal recomendación para evitar la exposición fetal a las sustancias tóxicas presentes en el humo del tabaco es evitar

fumar de forma activa y proteger a la mujer embarazada de la exposición pasiva al humo del tabaco ambiental. En este sentido, las estrategias más efectivas para favorecer el abandono del consumo durante el embarazo se basan en intervenciones estructuradas de consejo médico complementadas, en aquellos casos de mayor dependencia y que cumplen unos criterios específicos, con el empleo de terapia sustitutiva con nicotina; todo ello en el contexto de programas preventivos llevados a cabo por profesionales del ámbito de la salud sexual y reproductiva y de la salud materno-infantil que incorporen la perspectiva de género⁹⁻¹¹.

La recomendación de prescribir tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo no se recoge de forma uniforme en todas las guías de práctica clínica disponibles para los profesionales, lo cual puede dar lugar a confusión. En resumen, plantea 2 cuestiones de orden práctico: la efectividad y la seguridad de la intervención durante la gestación. En este sentido, existen revisiones muy recientes de la evidencia científica respecto a la efectividad y la seguridad de las intervenciones para la reducción del consumo de tabaco durante el embarazo que ayudan a aclarar el tema¹²⁻¹⁶.

Estas publicaciones resumen la evidencia procedente de revisiones sistemáticas de la efectividad y la seguridad de la interrupción del consumo de tabaco durante la gestación y se concretan en 2 informes del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)^{12,13}.

En cuanto a la efectividad, las principales conclusiones de la revisión son, en primer lugar, que en su conjunto las intervenciones para abandonar el consumo de tabaco son efectivas al final del embarazo y disminuyen de forma significativa la incidencia de bajo peso al nacer y de partos prematuros. En segundo lugar, las intervenciones basadas en pautas cognitivas y conductuales para el abandono y la terapia sustitutiva con nicotina en el embarazo también se muestran efectivas.

En cuanto a la seguridad, no existe evidencia de que la terapia sustitutiva con nicotina aumente la incidencia de bajo peso al nacer y los datos son insuficientes acerca del impacto de la misma sobre la mortalidad neonatal u otros resultados perinatales negativos.

El tratamiento sustitutivo con nicotina puede tener 2 beneficios potenciales durante el embarazo. Puede reducir o

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 90458@imas.imim.es (Ó. García-Algar).

eliminar la exposición del feto a otras toxinas presentes en el humo de tabaco (especialmente el monóxido de carbono) y facilita la reducción de forma global de la dosis y la duración de la exposición a la nicotina (si se utiliza siguiendo una pauta controlada de tratamiento y el resultado final es el abandono del consumo de tabaco).

Además, existe un argumento teórico muy sólido que recomienda el empleo de la intervención farmacológica y es que la terapia sustitutiva con nicotina probablemente sea mucho más segura que seguir consumiendo tabaco durante el embarazo¹⁷.

De acuerdo con la evidencia disponible actualmente, la utilización de la terapia sustitutiva con nicotina es una intervención que se puede recomendar durante el embarazo en mujeres muy fumadoras que desean abandonar el consumo, que lo han intentado sin éxito, después de cuantificar el mismo y el grado de dependencia de la nicotina^{9,11-13,18-21}. La prescripción debe hacerse en el contexto de un tratamiento basado en el abandono del consumo activo y la evitación de la exposición pasiva, como complemento del consejo médico y con el consentimiento por parte de la mujer.

Bibliografía

1. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant C, Lancaster T. Nicotina replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008. (1): CD000146.
2. Pichini S, Puig C, García O, Pacifici R, Figueroa C, Vall O, et al. Determinantes sociodemográficos del hábito tabáquico durante el embarazo y efectos neonatales en Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:53-6.
3. García-Algar O. Síndrome de abstinencia neonatal de la nicotina. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:509-11.
4. [consultado 7/3/2010]. Disponible en: <http://www.treatobacco.net>.
5. Leonardi-Bee J, Smyth A, Briton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2008;93:F351-61.
6. Kanellopoulos TA, Varvarigou AA, Karatza AA, Beratis NG. Course of growth during the first 6 years in children exposed in utero to tobacco smoke. *Eur J Pediatr*. 2007;166:685-92.
7. Córdoba R, García N, Suárez RG, Galvan C. Exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:101-3.
8. Julvez J, Ribas-Fito N, Torrent M, Forns M, García-Esteban R, Sunyer J. Maternal smoking habits and cognitive development of children at age 4 years in a population-based birth cohort. *Int J Epidemiol*. 2007;36:825-32.
9. García-Algar O, Pichini S, Pacifici R, Castellanos E. Consejo para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2003;32:481-91.
10. Jané M, Martínez C. Guia clínica per promoure l'abandonament del consum de tabac durant l'embaràs. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 2006.
11. Jané M, Martínez C, Vela E. Protocol del Programa «Embaràs sense fum». Direcció General de Salut Pública. Barcelona. 2007. [consultado 7/3/2010]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2071/index.html>.
12. [consultado 7/3/2010]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/QuittingSmokingInPregnancyDraftGuidanceForConsultation.pdf>.
13. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/QuittingSmokingInPregnancyBriefingPaper.pdf> (Acceso, 7 de marzo de 2010).
14. Coleman T, Thornton J, Britton J, Lewis S, Watts K, Coughtrie MW, et al. Protocol for the smoking, nicotine and pregnancy (SNAP) trial: double-blind, placebo-randomised, controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:2.
15. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.[update of *Cochrane Database Syst Rev*, 4):CD001055; PMID: 15495004]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009. (3):CD001055.
16. Oncken C, Dornelas E, Greene J, Sankey H, Glasmann A, Feinn R, et al. Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008;112:859-67.
17. Coleman T. Reducing harm from tobacco smoke exposure during pregnancy. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2008;84:73-9.
18. Osadchy A, Kazmin A, Koren G. Nicotine replacement therapy during pregnancy: recommended or not recommended? *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31:744-7.
19. Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol*. 2009;65:325-30.
20. Rore C, Brace V, Danielian P, Williams D. Smoking cessation in pregnancy. *Expert Opin Drug Saf*. 2008;7:727-37.
21. Coleman T. Recommendations for the use of pharmacological smoking cessation strategies in pregnant women. *CNS Drugs*. 2007;21:983-93.