

## INTERVENCIIONS FARMACOLÒGIQUES I NO FARMACOLÒGIQUES PER DEIXAR DE FUMAR DURANT L'EMBARÀS

### **Carlos Martín Cantera**

Metge de família del CAP Passeig de Sant Joan de l'Institut Català de la Salut. Professor associat del Departament de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona.

### **Lourdes Rofes i Ponce**

Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus de Tarragona.

### Resum

El consum de tabac pot produir un augment de morbiditat en mares, fetus i nadons. L'addicció psicològica i física al tabac és molt important, i la intervenció dels professionals sanitaris és clau en la cessació durant i després de l'embaràs. Les intervencions estan basades en un protocol breu, fonamentades en l'estratègia de les 5A, amb un component conductual, però amb una intervenció farmacològica controvertida. Aquest *Butlletí* té com a objectiu revisar les intervencions més efectives per deixar de fumar durant l'embaràs, així com evitar recaigudes i la utilitat/seguretat de les intervencions farmacològiques i no farmacològiques.

### Prevalença de l'hàbit tabàquic durant l'embaràs

S'estima que entre el 10-27% de les embarassades de la Unió Europea continuen fumant durant l'embaràs<sup>1</sup>. La prevalença del consum de tabac abans i durant l'embaràs ha anat disminuint els últims anys a Catalunya. Tal com indica l'Agència de Salut Pública de Catalunya, mitjançant els indicadors de salut maternoinfantil de 2014, la prevalença de l'hàbit tabàquic a Catalunya era del 23% abans de l'embaràs,

i d'un 13% després de l'embaràs. Això indica que el 54,5% de les embarassades continuaven fumant. A l'Estat espanyol es considera que aproximadament el 26% de les dones en edat reproductiva són fumadores, segons l'última Enquesta Nacional de Salut del Ministeri Espanyol de Sanitat (2011-2012).

### Efectes del tabac en embaràs

Una revisió ha demostrat clarament la relació entre consum de tabac i diferents problemes durant la gestació, entre els quals s'inclouen avortament espontani, ruptura prematura de membranes i part prematur, però també un augment de mortalitat i morbiditat perinatal i infantil, baix pes en néixer, risc superior d'infeccions respiratòries i asma als nadons. A més, la investigació internacional durant les últimes dues dècades ha trobat que els fills de fumadors tenen un major risc de ser fumadors en l'adolescència, potser com a resultat del model a imitar o de l'accés al cigarrret<sup>2</sup>.

D'altra banda, l'exposició al fum ambiental del tabac (FAT) i els seus efectes sobre mares i nadons ha estat tractada en nombrosos estudis<sup>3</sup>. En diversos estudis s'ha relacionat fumar durant la gestació amb un augment de la predisposició a patir malalties respiratòries de vies baixes (MRVB) en lactants menors de 2 anys. Així doncs, l'exposició intrauterina al fum del tabac és un factor de risc per al desenvolupament d'MRVB durant els dos primers anys de vida<sup>4</sup>. El tabaquisme passiu durant l'embaràs redueix el pes del fetus en néixer entre 30 i 40 grams i, a més, té relació amb el risc de prematuritat i incrementa el risc de malformacions congènites (particularment facials i del sistema genitourinari)<sup>5</sup>. L'associació entre tabaquisme passiu i avortament no és prou consistent en els estudis consultats.

## Recomanacions per deixar de fumar durant l'embaràs

L'embaràs és un bon moment per introduir canvis en la salut de les dones, i les visites obstètriques durant aquest període poden servir per motivar les dones embarassades a deixar de fumar i per oferir-los estratègies per aconseguir la cessació tabàquica<sup>6</sup>.

Les dades dels registres d'enquestes de naixement indiquen que el 35-75% de les fumadores embarassades deixen de fumar per complet cap al final de l'embaràs<sup>7,8</sup>. La majoria de les dones deixen de fumar per si mateixes durant l'embaràs i acostumen a fer-ho abans de la seva primera visita prenatal. Quan no es realitza una intervenció per deixar de fumar en les dones embarassades, aquestes segueixen fumant després de la seva primera visita prenatal i és més probable que continuïn fumant durant l'embaràs. Els factors de risc per al manteniment del tabaquisme inclouen: baix nivell educatiu (inferior a secundària), fumar en excés (> 10 cigarrets per dia), si un altre membre de la llar fuma, manca d'habilitats, multiparitat, i quan coexisteixen problemes emocionals o psiquiàtrics. Com que molts d'aquests factors estan relacionats entre si, els seus efectes independents són difícils de discernir<sup>9,10</sup>.

### Intervenció inicial no farmacològica

Inicialment, l'estratègia recomanada per diferents guies està basada en les anomenades 5A (*Ask, Advise, Assess, Assit, Arrange*)<sup>6,9,11-15</sup>. (Vegeu figura 1).

**Preguntar (*Ask*):** És aconsellable preguntar sobre el consum (actual i passat) de tabac, tant de l'embarassada com dels altres membres del seu entorn, i registrar les dones fumadores i el nombre de cigarrets consumits per dia. Alguns estudis mostren que de les dones embarassades que fumen, entre el 13-26% no reconeixen el consum de tabac quan són preguntades respecte d'això<sup>9,16</sup>. En el cas que ho hagin deixat fa poc, se'ls ha de felicitar i continuar preguntant durant la resta del seu embaràs, pel risc de recaigudes.

**Aconsellar (*Advise*):** A totes les dones se'ls aconsellarà deixar de fumar, en comptes de reduir-ne el consum. És important informar sobre els riscos de continuar fumant, tant per a ella com per al seu fill, i també informar dels beneficis de deixar-ho. A més, cal impulsar el compromís per mantenir-se sense fumar després del part.

**Avaluar (*Assess*):** Els professionals han d'esbrinar si la dona embarassada vol deixar de fumar, preguntant si té intenció de deixar-ho durant els propers 30 dies. Si la pacient no hi està decidida, és recomanable utilitzar tècniques d'entrevista motivacional<sup>17,18</sup>.

L'entrevista motivacional facilita la presa de decisions per part de la dona embarassada, enlloc de dir-li que és el que ha de fer. La motivació cap al canvi sorgeix de la mateixa dona i no s'imposa sense ella. Algunes tècniques de l'entrevista motivacional poden ser les preguntes obertes, l'escolta activa, expressar empatia, mostrar acords, desenvolupar discrepància i promoure l'autoeficàcia<sup>19</sup>.

**Ajudar (*Assist*):** És fonamental oferir-li recolzament i ajudar-la a trobar-lo en el seu entorn. S'ha d'intentar pactar una data per deixar-ho i facilitar recursos per afrontar el desig intens de fumar (*craving*) i els símptomes d'abstinència (es poden utilitzar els fulls per a pacients publicats per la CAMFIC. [http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/Publicacions/Docs/Fulls\\_Pacients/42\\_CAT.pdf](http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/Publicacions/Docs/Fulls_Pacients/42_CAT.pdf)).

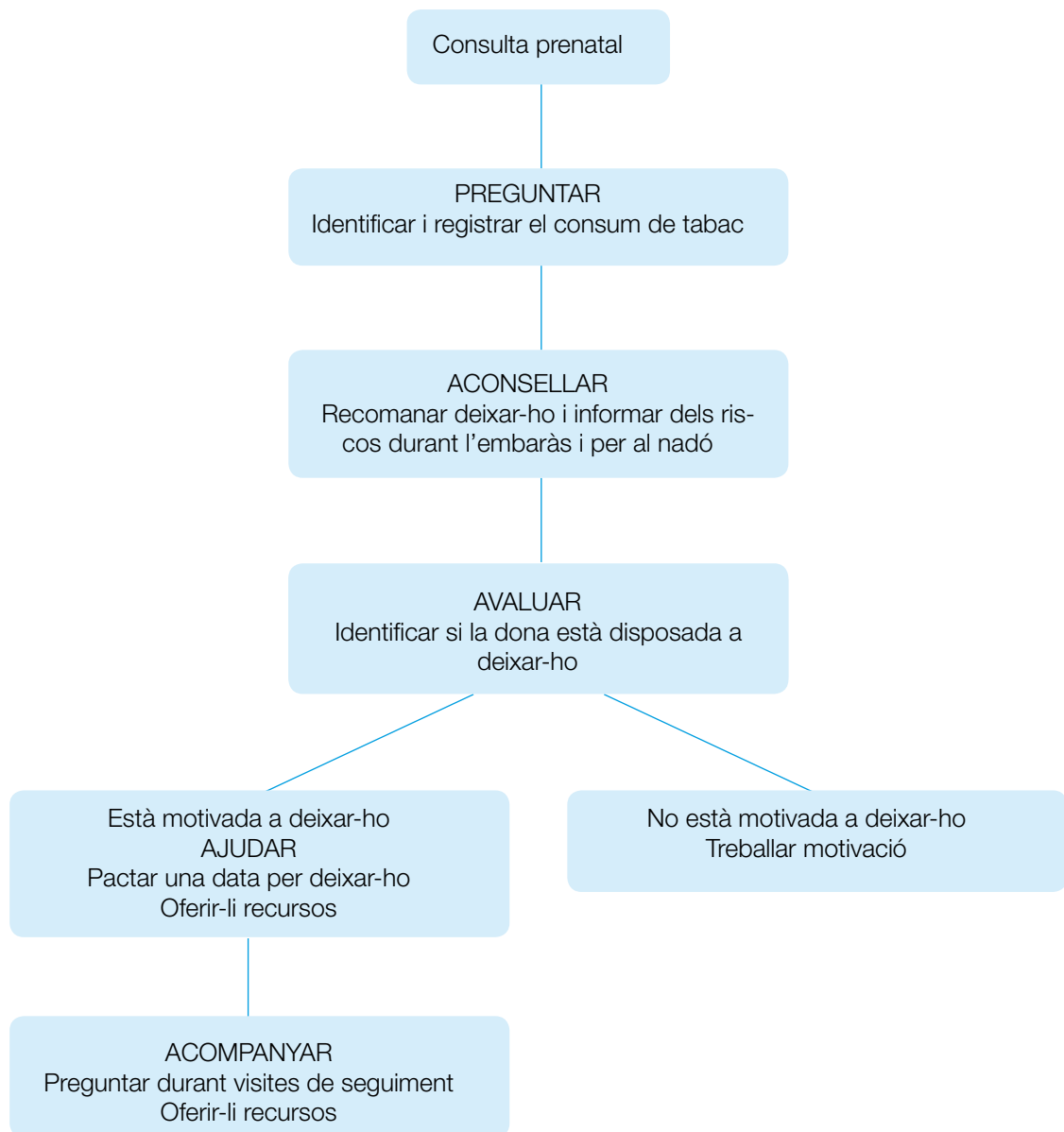
**Acompanyar (*Arrange*):** Durant les visites de seguiment, s'ha de revisar el consum. Si continuen abstinents, se les ha de felicitar i animar a seguir. Si la persona encara continua fumant, s'ha de continuar aconsellant que ho deixi.

Una revisió sistemàtica de 2013 sobre intervencions psicosocials (assessorament, educació sanitària, retroalimentació, incentius i suport social) per ajudar les dones embarassades a deixar de fumar ha demostrat que es va incrementar la proporció de les dones que van deixar de fumar al final de l'embaràs (RR d'1,44; IC del 95%: 1,19-1,75), com també una reducció de baix pes en néixer i dels naixements prematurs<sup>15</sup>. Tot i que la majoria d'intervencions van mostrar algun benefici, no estava clar quina combinació va ser més efectiva. L'assessorament i la retroalimentació milloren les taxes d'abandonament, però només quan s'usen en combinació amb altres estratègies. La intervenció més efectiva sembla ser donar incentius, en particular els incentius contingents, que eren dependents de si s'havia verificat l'abstinència bioquímica. Calen més estudis per avaluar l'incentiu més rendible per ser aplicat<sup>15,20</sup>.

### 3.2. Intervenció farmacològica

El tractament farmacològic del tabaquisme durant l'embaràs ha estat motiu d'una revisió Cochrane, una actualització a UpToDate i una recent revisió de la US Preventive Task Force<sup>9,11,21</sup>.

La revisió Cochrane<sup>11</sup> va incloure 8 assajos clínics amb teràpia substitutiva de nicotina (TSN) i un estudi amb bupropió de tan sols 11 participants, sense incloure estudis sobre vareniclina. Entre els estudis amb TSN, un va utilitzar xiclets de 2 mg, sis assaigs van utilitzar pegats de nicotina (sistemes transdèrmics d'alliberació controlada) i el vuitè va oferir una varietat de formulacions de TSN, entre les quals aproximadament dos terços dels participants van triar pegats i la resta van optar per utilitzar xiclets i comprimits de nicotina.



**Figura 1. Intervenció bàsica. Font: Adaptat de la Guia per promoure l'abandonament del consum de tabac durant l'embaràs. Departament de Salut 2006.**

L'efectivitat de la TSN comparada amb placebo va mostrar un efecte favorable al seu ús amb un risc ràtio (RR) d'1,41 (IC del 95%: 1,03-1,95).

No hi va haver diferències entre els grups de control amb TSN en les taxes d'avortament involuntari (RR 1,47; IC del 95%: 0,45-4,77), mort fetal (RR 1,24; IC del 95%: 0,54-2,84), part prematur (RR 0,87; IC del 95%: 0,67-1,14), pes en néixer, l'admissió a cures intensives neonatals (RR 0,90; IC del 95%: 0,64-1,27), la cesària, anomalies congènites (RR 0,73; IC del 95%: 0,36-1,48) o la mort neonatal. En comparació amb els nens del grup de placebo, als dos anys d'edat, els nadons nascuts de dones que havien estat assignades a l'atzar a TSN tenien taxes més altes de supervivència, però només es va enregistrar en un assaig.

En general, el compliment amb TSN va ser baixa (17-29%). En 5 estudis es van enregistrar efectes secundaris no greus amb TSN, que inclouen: mal de cap, nàusees i reaccions locals (per exemple, irritació de la pell als pegats o mal gust del xiclet).

La revisió de la US Preventive Task Force<sup>14,21</sup>, indica que els 5 estudis revisats amb TSN mostren unes taxes molt baixes d'adherència (< 25%), la qual cosa va limitar la interpretació dels resultats. La revisió d'aquests 5 assaigs no va mostrar una millora significativa en les taxes d'abstinència de tabac al final de l'embaràs (10,8% enfront de 8,5%; RR 1,24; IC: 0,95-1,64). Atès el petit nombre d'estudis que van enregistrar resultats de salut perinatal, no es va realit-

zar una metanàlisi. Tot i que els resultats sobre el part prematur eren majoritàriament favorables en el sentit de la utilització de la TSN, només un estudi<sup>22</sup> va mostrar un benefici significatiu. Els resultats referents a la mitjana del pes en néixer i mort fetal no eren conclouents. L'assaig més gran (n = 1.050) va reportar una taxa més alta de supervivència als 2 anys en nens de mares que van rebre TSN durant l'embaràs<sup>23</sup>. Com a conclusió, es recomana considerar l'elevat consum de tabac fent un abordatge individual.

La recomanació de prescriure TSN durant l'embaràs no es recull de forma uniforme en les guies consultades<sup>21,24-27</sup>. Si se'n valoren l'efectivitat i la seguretat, sembla que la teràpia substitutiva amb nicotina probablement és més segura que seguir consumint tabac durant l'embaràs. Caldria sempre fer una valoració del risc-benefici i oferir la TSN en aquells casos amb alta dependència (puntuació de més de 7 al test de Fagerström\*) i quan el consum de tabac sigui superior a 10 cigarrets al dia.

Tot i que no s'ha pogut demostrar la innocuïtat de la TSN en l'embaràs, les recomanacions dels experts sobre el tractament del tabaquisme en l'embaràs el consideren d'elecció, en els casos que la de teràpia conductual sola no s'ha mostrat efectiva<sup>28</sup>.

Tant la vareniclina com el bupropió no estan indicats en l'embaràs, ja que no es coneix la seguretat d'aquests fàrmacs en la gestació<sup>29</sup>.

Fàrmac	Pegats de nicotina
	Disponibles de 16 i 24 hores.
Dosi/durada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegats 16 h</li> <li>4 set. (15 mg)</li> <li>4 set. (10 mg)</li> <li>4 set. (5 mg)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegats 24 h</li> <li>4 set. (21 mg)</li> <li>4 set. (14 mg)</li> <li>4 set. (7 mg)</li> </ul>
Instruccions	No fumar. Utilitzar sobre una zona de pell sense pèl, preferentment al tòrax. Canviar de lloc cada dia, no repetir el lloc en 7 dies. Començar a utilitzar el matí del dia que es deixa de fumar.
Efectes secundaris	Reaccions dermatològiques locals, insomni.
Precaucions/contraindicacions	Malaltia cardiovascular aguda o inestable. Embaràs: valorar relació risc-benefici.
Finançament	No.

Fàrmac	Xiclets de nicotina
Dosi/durada	Disponibles de 2 mg i 4 mg de nicotina. Donar el de 2 mg inicialment. En persones amb alta dependència (test de Fagerström de 8 o més) o fallida prèvia amb el xiclet de 2 mg, donar el de 4 mg. Provar pautes de dosificació fixes (1 xiclet cada hora mentre s'està despert). No passar de 30 xiclets/dia de 2 mg ni de 20 xiclets/dia de 4 mg. Disminuir gradualment després de 3 mesos.
Instruccions	No fumar. Mastegar el xiclet de 5 a 10 vegades fins a notar un gust picant, posar el xiclet entre les genives i la cara interna de la galta per permetre que la nicotina s'absorbeixi, i esperar que disminueixi el gust picant. Després tornar a mastegar (anar canviant el lloc on es posa el xiclet). Utilitzar cada xiclet durant 30 minuts. Absorció limitada per la ingesta de líquids àcids (cafè, sucs, refrescos). Evitar menjar i beure 15 minuts abans de començar a mastegar el xiclet i durant el seu ús.
Efectes secundaris	Dolor mandibular. Dispèpsia. Singlot.
Precaucions/contraindicacions	Malaltia cardiovascular aguda o inestable. Embaràs: valorar relació risc-benefici.
Finançament	No.

Fàrmac	Comprimits per llepar de nicotina
Dosi/durada	1 mg per comprimit (equival a un xiclet de 2 mg) o 2 mg per comprimit. Provar pautes de dosificació fixes (1 comprimit cada 1-2 hores). Dosi habitual: 8-12 al dia. No passar de 25 comprimits/dia. Disminuir gradualment després de 3 mesos.
Instruccions	No fumar. Llepar el comprimit lentament fins a notar un gust picant, posar el comprimit entre les genives i la cara interna de la galta per permetre que la nicotina s'absorbeixi, i esperar que disminueixi el gust picant. Després tornar a llepar (anar canviant el lloc on es posa el comprimit). Utilitzar cada comprimit durant 30 minuts. Absorció limitada per la ingesta de líquids àcids (cafè, sucs, refrescos). Evitar menjar i beure 15 minuts abans de començar a llepar el comprimit i durant el seu ús.
Efectes secundaris	Singlot. Molèsties i úlceres lleus i transitòries a la cavitat oral.
Precaucions/contraindicacions	Malaltia cardiovascular aguda o inestable. Embaràs: valorar relació risc-benefici.
Finançament	No.

Fàrmac	Bupropió
Dosi/durada	150 mg cada matí durant 6 dies; després 150 mg/2 vegades al dia, separant les preses com a mínim 8 hores. Iniciar el tractament 1-2 setmanes abans de deixar de fumar. Perllongar el tractament de 7 a 12 setmanes més.
Instruccions	Fixar el dia "D" després d'1-2 setmanes de tractament. Acompanyar de seguiment segons la pauta de visites recomanada.
Efectes secundaris	Freqüents: insomni, boca seca, mal de cap. Importants: convulsions (1/10.000 casos tractats a dosis de 300 mg/dia).
Precaucions/contraindicacions	Antecedents de convulsions o tumor SNC. Antecedents de trastorns alimentaris. Trastorn bipolar. Abstinència sobtada d'alcohol o benzodiazepines. Ús d'IMAO en els 14 dies previs. Ús de fàrmacs que abaixin el llindar convulsant. Cirrosi hepàtica. No utilitzar en embaràs i lactància. Hipersensibilitat al fàrmac.
Finançament	No.
Fàrmac	Vareniclina
Dosi/durada	Comprimits de 0,5 mg i 1 mg. • Del 1r al 3r dia: 0,5 mg/dia. • Del 4t al 7è dia: 0,5 mg 2 vegades al dia. • Del 8è dia al final de tractament: 1 mg 2 vegades al dia. Duració del tractament: 12 setmanes (si el pacient ha deixat de fumar considerar perllongar 12 setmanes més).
Instruccions	Iniciar el tractament 1-2 setmanes abans de deixar de fumar. Els comprimits han d'empassar-se sencers amb aigua. Sempre amb suport psicològic i seguiment.
Efectes secundaris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nàusees.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Insomni i somnis anòmals.</li> <li>• Restrenyiment i meteorisme.</li> <li>• Vòmits.</li> </ul>
Precaucions/contraindicacions	Hipersensibilitat al producte. No és recomanable l'ús en < 18 anys. No utilitzar en embaràs ni lactància. Evitar l'ús concomitant de cimetidina. En insuficiència renal greu, disminuir dosis a 1 mg/dia (iniciar dosis amb 0,5 mg/dia durant els 3 primers dies).
Finançament	No.

**Taula 1. Resum dels tractaments farmacològics, adaptada de la guia de tabaquisme del grup Sagessa (2015).**

## Seguiment postpart

Entre el 50% i 60% de les dones que deixen de fumar durant l'embaràs recauen al cap d'un any després del part<sup>30;31</sup>. La intervenció postpart pot retardar o prevenir recaigudes<sup>32</sup>. També pot ajudar a reduir el risc de recaiguda:

- El seguiment: és necessari el seguiment sistemàtic de l'estatus de consum. Aplicar les 5A a les visites postpart.
- Consell positiu: el llenguatge és important quan s'aconsella, per mantenir-se sense fumar. És recomanable reiterar missatges sobre la millora de la salut de la mare i el nadó.

Els fàrmacs poden afegir-se a tots els altres recursos per tractar les dones que recauen després del part, si no estan alletant.

## Conclusions

Les intervencions en tabaquisme durant l'embaràs estan basades en l'estratègia d'intervencions breus amb l'estratègia de les 5A (*Ask, Advise, Assess, Assit, Arrange*) i l'ús de tractament farmacològic és controvertit. Es planteja fer una valoració individual de risc-benefici i oferir la TSN en aquells casos amb alta dependència (puntuació de més de 7 al test de Fagerström) i quan el consum de tabac sigui superior a 10 cigarrets al dia.

Cal recomanar que tots els professionals sanitaris que atenen dones embarassades (ginecòlegs, llevadors, infermers, metges de família i farmacèutics) han d'avaluar si fumen i proporcionar els consells oportuns per deixar de fumar per a totes les dones embarassades que fumen.

## Bibliografia

- 1 European Medicines Agency. Guideline on the Development of Medicinal Products for the Treatment of Smoking. London, United Kingdom. European Medicines Agency 2008.
- 2 Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD001746.
- 3 US Surgeon General. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia 2006.
- 4 Lannero E, Wickman M, Pershagen G, Nordvall L. Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE). *Respir Res* 2006;7:3.
- 5 Royal College of Physicians. Passive smoking and children. A report by the Tobacco Advisory Group 2010.
- 6 Leung LW, Davies GA. Smoking Cessation Strategies in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2015 Sep;37(9):791-7.
- 7 Curtin SC, Matthews TJ. Smoking Prevalence and Cessation Before and During Pregnancy: Data From the Birth Certificate, 2014. *Natl Vital Stat Rep* 2016 Feb 10;65(1):1-14.

- 8 Tong VT, Dietz PM, Morrow B, D'Angelo DV, Farr SL, Rockhill KM, et al. Trends in smoking before, during, and after pregnancy—Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 40 sites, 2000-2010. *MMWR Surveill Summ* 2013 Nov 8;62(6):1-19.
- 9 Rodríguez-Thompson D. Cigarette smoking: Impact on pregnancy and the neonate. *UpToDate* 2016.
- 10 Miguez MC, Pereira B, Figueiredo B. Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *Addict Behav* 2016 Aug 31;64:111-7.
- 11 Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;12:CD010078.
- 12 Miyazaki Y, Hayashi K, Imazeki S. Smoking cessation in pregnancy: psychosocial interventions and patient-focused perspectives. *Int J Womens Health* 2015;7:415-27.
- 13 Olaiya O, Sharma AJ, Tong VT, Dee D, Quinn C, Agaku IT, et al. Impact of the 5As brief counseling on smoking cessation among pregnant clients of Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) clinics in Ohio. *Prev Med* 2015 Dec;81:438-43.
- 14 Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2015 Oct 20;163(8):608-21.
- 15 Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(10):CD001055.
- 16 Hall ES, Wexelblatt SL, Greenberg JM. Self-reported and laboratory evaluation of late pregnancy nicotine exposure and drugs of abuse. *J Perinatol* 2016 Jul 7.
- 17 Karatay G, Kublay G, Emiroglu ON. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *J Adv Nurs* 2010 Jun;66(6):1328-37.
- 18 Hayes CB, Collins C, O'Carroll H, Wyse E, Gunning M, Geary M, et al. Effectiveness of motivational interviewing in influencing smoking cessation in pregnant and postpartum disadvantaged women. *Nicotine Tob Res* 2013 May;15(5):969-77.
- 19 Rollnick S, Butler CC, Stott N. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and Counseling* 1997 Jul;31(3):191-203.
- 20 Boyd KA, Briggs AH, Bauld L, Sinclair L, Tappin D. Are financial incentives cost-effective to support smoking cessation during pregnancy? *Addiction* 2016 Feb;111(2):360-70.
- 21 Siu AL. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2015 Oct 20;163(8):622-34.
- 22 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 Oct;112(4):859-67.
- 23 Cooper S, Taggar J, Lewis S, Marlow N, Dickinson A, Whitemore R, et al. Effect of nicotine patches in pregnancy on infant and maternal outcomes at 2 years: follow-up from the randomised, double-blind, placebo-controlled SNAP trial. *Lancet Respir Med* 2014 Sep;2(9):728-37.
- 24 Flenady, New K, MacPhail J. Clinical Practice Guideline Working Party on Smoking Cessation in Pregnancy. Centre for Clinical Studies, Mater Health Services, Brisbane; 2005.
- 25 Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Clin Chest Med* 2011 Mar;32(1):75-91, viii.
- 26 Olano E, Matilla B, Otero M, Veiga S, Sender L. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Grupo de Trabajo "Tabaco y Mujer". Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET 2012).
- 27 Mendelsohn C, Gould GS, Oncken C. Management of smoking in pregnant women. *Aust Fam Physician* 2014 Jan;43(1):46-51.
- 28 Jimenez Ruiz CA. [Nicotine replacement therapy during pregnancy]. *Arch Bronconeumol* 2006 Aug;42(8):404-9.
- 29 Hartmann-Boyce J, Aveyard P. Drugs for smoking cessation. *BMJ* 2016;352:i571.
- 30 Women and smoking: A Report of the Surgeon General 2001. [Disponible a: [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr\\_forwomen.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_forwomen.htm) 2001].
- 31 Jones M, Lewis S, Parrott S, Wormall S, Coleman T. Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review. *Addiction* 2016 Jun;111(6):981-90.
- 32 Levine MD, Cheng Y, Marcus MD, Kalarchian MA, Emery RL. Preventing Postpartum Smoking Relapse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2016 Apr;176(4):443-52.

Fàrmac	Presentació	PVP en euros
Nicorette xiclets 2 mg	30 xiclets	12,92
	105 xiclets	32,92
	210 xiclets	55,18
Nicorette xiclets 4 mg	30 xiclets	14,28
	105 xiclets	40,37
Nicorette comprimits supermint 2 mg	20 comprimits	10,61
Nicorette comprimits supermint 4 mg	20 comprimits	10,61
Nicorette pegats 10 mg	14 pegats	57,54
Nicorette pegats 15 mg	14 pegats	57,54
Nicorette esprai mint 1 mg	Esprai	29,95
Nicotinell xiclets fruit 2 mg	24 xiclets	9,99
	96 xiclets	29,89
Nicotinell xiclets fruit 4 mg	96 xiclets	35,90
Nicotinell xiclets mint 2 mg	24 xiclets	9,99
	96 xiclets	29,89
Nicotinell xiclets mint 4 mg	96 xiclets	35,90
Nicotinell comprimits mint 1 mg	36 comprimits	16,00
Nicotinell comprimits 2 mg	36 comprimits	19,44
	96 comprimits	39,96
Nicotinell pegats 7 mg	14 pegats	56,00
	28 pegats	98,97
Nicotinell pegats 14 mg	7 pegats	31,46
	14 pegats	56,00
	28 pegats	98,97
Nicotinell pegats 21 mg	7 pegats	31,46
	14 pegats	56,00
	28 pegats	98,97
Champix 0,5 i 1 mg	11 i 14 comprimits	57,99
	11 i 42 comprimits	116,00
Champix 1 mg	28 comprimits	68,00
	56 comprimits	130,01
Zyntabac 150 mg	30 comprimits	48,92
	60 comprimits	85,41
	100 comprimits	142,34

**Taula 2. Presentacions i preus, en euros, dels tractaments per deixar de fumar.**



## A un clic...

### Harmonització farmacoterapèutica

Nous informes i dictàmens:

- a) **Bromur d'acilidini/formoterol.** Tractament broncodilatador de manteniment per alleujar els símptomes de la malaltia pulmonar obstructiva crònica en pacients.
- a) **Dulaglutida.** Tractament de la diabetis mellitus tipus 2 en adults per millorar el control glucèmic com a monoteràpia quan la dieta i l'exercici per si sols no proporcionen un control glucèmic adequat, en pacients en els quals l'ús de metformina no es considera apropiat a causa de contraindicacions o intolerància, i com a tractament addicional en combinació amb altres medicaments hipoglucemiants, incloent-hi insulina, quan aquests, juntament amb la dieta i l'exercici, no proporcionen un control glucèmic adequat.
- b) **Bevacizumab.** En combinació amb paclitaxel i cisplatí o paclitaxel i topotecan per al tractament del carcinoma de cèrvix persistent, recurrent o metastàtic.

### Recomanacions, avaluacions i guies

- a) Noves consultes farmacoterapèutiques publicades al **CIM Virtual del CedimCat**, servei en línia de consultes de medicaments per a professionals.
  - Breu revisió sobre la vortioxetina, un nou antidepressiu disponible al mercat.
  - Revisió sobre l'edoxaban, l'últim inhibidor del factor Xa.
  - Quina evidència científica hi ha darrere els productes làctics que diuen que baixen el colesterol?
  - Hi ha una pauta estandarditzada de vitamina D per al tractament del dèficit en pacients d'edat avançada?
- b) La hiperuricèmia asimptomàtica no s'ha de tractar sistemàticament, excepte en xifres molt elevades (a partir de 13 mg/dl en homes i 10 mg/dl en dones), en tractaments oncològics o en presència d'excreció urinària d'àcid úric (sobre 1.100 mg/dia). *Recomanació Essencial.*
- c) **Tos ferina.** 3Clics. Atenció primària basada en l'evidència. Institut Català de la Salut.

### Seguretat en l'ús de medicaments

- a) **Medicaments biològics, biotecnològics i biosimilars: farmacovigilància i traçabilitat. Inhibidors de l'aromatasa i la síndrome del canal carpià.** Butlletí de Farmacovigilància de Catalunya.

### Informació per a pacients

- a) **Sóc celíac. Puc prendre medicaments que contenen gluten?** Canal Medicaments i Farmàcia.
- b) **Les plantes medicinals són més segures que els medicaments?** Canal Medicaments i Farmàcia.

Data de redacció: **Setembre 2016**

En el proper número: **Novetats en el calendari vacunal de Catalunya 2016**

**Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

**Direcció:** Josep Maria Argimon

**Subdirecció:** Antoni Gilabert i Perramon

**Coordinació editorial:** Xavier Bonafont i Pujol

**Coordinació de la Comissió d'Informació Terapèutica:** Pilar López Calahorra

**Comitè científic:** Rafel Albertí, Xavier Bonafont, Jordi Camarasa, Xavier Carné, Arantxa Catalán, Joan Costa, Laura Diego, Núria Escoda, Anna Feliu, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madridejos, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Emília Sánchez, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Noemí Villén

**Secretaria Tècnica:** Roser Martínez

**Support tècnic:** CedimCat

**ISSN:** 1579-9441

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a la **Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica, Gerència de Farmàcia i del Medicament**, Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butlleti-d-informacio-terapeutica-bit/>



<http://medicaments.gencat.cat/ca>