

## INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS PARA DEJAR DE FUMAR DURANTE EL EMBARAZO

### Carlos Martín Cantera

Médico de familia del CAP Passeig de Sant Joan de l'Institut Català de la Salut. Profesor asociado del Departament de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona.

### Lourdes Rofes i Ponce

Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitari Sant Joan de Reus de Tarragona.

### Resumen

El consumo de tabaco puede producir un aumento de morbilidad en madres, fetos y bebés. La adicción psicológica y física al tabaco es muy importante, y la intervención de los profesionales sanitarios es clave en el cese durante y después del embarazo. Las intervenciones están basadas en un protocolo breve, fundamentadas en la estrategia de las 5A, con un componente conductual, pero con una intervención farmacológica controvertida.

Este *Boletín* tiene como objetivo revisar las intervenciones más efectivas para dejar de fumar durante el embarazo, así como evitar recaídas y la utilidad/seguridad de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

### Prevalencia del hábito tabáquico durante el embarazo

Se estima que entre el 10-27% de las embarazadas de la Unión Europea continúan fumando durante el embarazo<sup>1</sup>. La prevalencia del consumo de tabaco antes y durante el embarazo ha ido disminuyendo en los últimos años en Cataluña. Tal como indica la Agencia de Salud Pública de Cataluña, mediante los indicadores de salud materno-infantil de 2014, la prevalencia del hábito tabáquico en Cataluña era del

23% antes del embarazo, y de un 13% después del embarazo. Esto indica que el 54,5% de las embarazadas continuaban fumando. En España se considera que aproximadamente el 26% de las mujeres en edad reproductiva son fumadoras, según la última Encuesta Nacional de Salud del Ministerio Español de Sanidad (2011-2012).

### Efectos del tabaco en el embarazo

Una revisión ha demostrado claramente la relación entre el consumo de tabaco y diferentes problemas durante la gestación, entre los que se incluyen aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas y parto prematuro, pero también un aumento de mortalidad y morbilidad perinatal e infantil, bajo peso al nacer, riesgo superior de infecciones respiratorias y asma en los bebés. Además, la investigación internacional durante las últimas dos décadas ha encontrado que los hijos de fumadores tienen un mayor riesgo de ser fumadores en la adolescencia, quizás como resultado del modelo a imitar o del acceso al cigarro<sup>2</sup>.

Por otra parte, la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) y sus efectos sobre madres y bebés ha sido tratada en numerosos estudios<sup>3</sup>. En varios trabajos se ha relacionado fumar durante la gestación con un aumento de la predisposición a padecer enfermedades respiratorias de vías bajas (ERVB) en lactantes menores de 2 años. Así pues, la exposición intrauterina al humo del tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de ERVB durante los dos primeros años de vida<sup>4</sup>. El tabaquismo pasivo durante el embarazo reduce el peso del feto al nacer entre 30 y 40 gramos y, además, tiene relación con el riesgo de prematuridad e incrementa el riesgo de malformaciones congénitas (particularmente faciales y del sistema genitourinario)<sup>5</sup>. La asociación entre tabaquismo pasivo y aborto no es suficientemente consistente en los estudios consultados.

## Recomendaciones para dejar de fumar durante el embarazo

El embarazo es un buen momento para introducir cambios en la salud de las mujeres, y las visitas obstétricas durante este período pueden servir para motivar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar y para ofrecerles estrategias para conseguir el cese tabáquico<sup>6</sup>.

Los datos de los registros de encuestas de nacimiento indican que el 35-75% de las fumadoras embarazadas dejan de fumar por completo hacia el final del embarazo<sup>7,8</sup>. La mayoría de las mujeres dejan de fumar por sí mismas durante el embarazo y suelen hacerlo antes de su primera visita prenatal. Cuando no se realiza una intervención para dejar de fumar en las mujeres embarazadas, éstas siguen fumando después de su primera visita prenatal y es más probable que continúen fumando durante el embarazo. Los factores de riesgo para el mantenimiento del tabaquismo incluyen: bajo nivel educativo (inferior a secundaria), fumar en exceso (> 10 cigarrillos por día), si otro miembro del hogar fuma, falta de habilidades, multiparidad, y cuando coexisten problemas emocionales o psiquiátricos. Debido a que muchos de estos factores están relacionados entre sí, sus efectos interdependientes son difíciles de discernir<sup>9,10</sup>.

### Intervención inicial no farmacológica

Inicialmente, la estrategia recomendada por diferentes guías está basada en las llamadas 5A (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*)<sup>6,9, 11-15</sup>. (Ver figura 1).

**Preguntar (*Ask*):** Es aconsejable preguntar sobre el consumo (actual y pasado) de tabaco, tanto de la embarazada como los demás miembros de su entorno, y registrar las mujeres fumadoras y el número de cigarrillos consumidos por día. Algunos estudios muestran que las mujeres embarazadas que fuman, entre el 13-26% no reconocen el consumo de tabaco cuando son preguntadas al respecto<sup>9,16</sup>. En el caso de que lo hayan dejado hace poco, se les debe felicitar y continuar preguntando durante el resto de su embarazo, por el riesgo de recaídas.

**Aconsejar (*Advise*):** A todas las mujeres se les aconsejará dejar de fumar, en vez de reducir su consumo. Es importante informar sobre los riesgos de continuar fumando, tanto para ella como para su hijo, y también informar de los beneficios de dejarlo. Además, hay que impulsar el compromiso para mantenerse sin fumar después del parto.

**Evaluar (*Assess*):** Los profesionales deben averiguar si la mujer embarazada quiere dejar de fumar, preguntando si tiene intención de dejarlo durante los próximos 30 días. Si la paciente no está decidida, es recomendable utilizar técnicas de entrevista motiva-

cional<sup>17,18</sup>. La entrevista motivacional facilita la toma de decisiones por parte de la mujer embarazada, en lugar de decirle que es lo que tiene que hacer. La motivación hacia el cambio surge de la misma mujer y no se impone sin ella. Algunas técnicas de la entrevista motivacional pueden ser las preguntas abiertas, la escucha activa, expresar empatía, mostrar acuerdos, desarrollar discrepancia y promover el autoeficacia<sup>19</sup>.

**Ayudar (*Assist*):** Es fundamental ofrecerle apoyo y ayudarla a encontrarlo en su entorno. Hay que intentar pactar una fecha para dejarlo y facilitar recursos para afrontar el deseo intenso de fumar (*craving*) y los síntomas de abstinencia (se pueden utilizar las hojas para pacientes publicados por la **CAMFIC**).

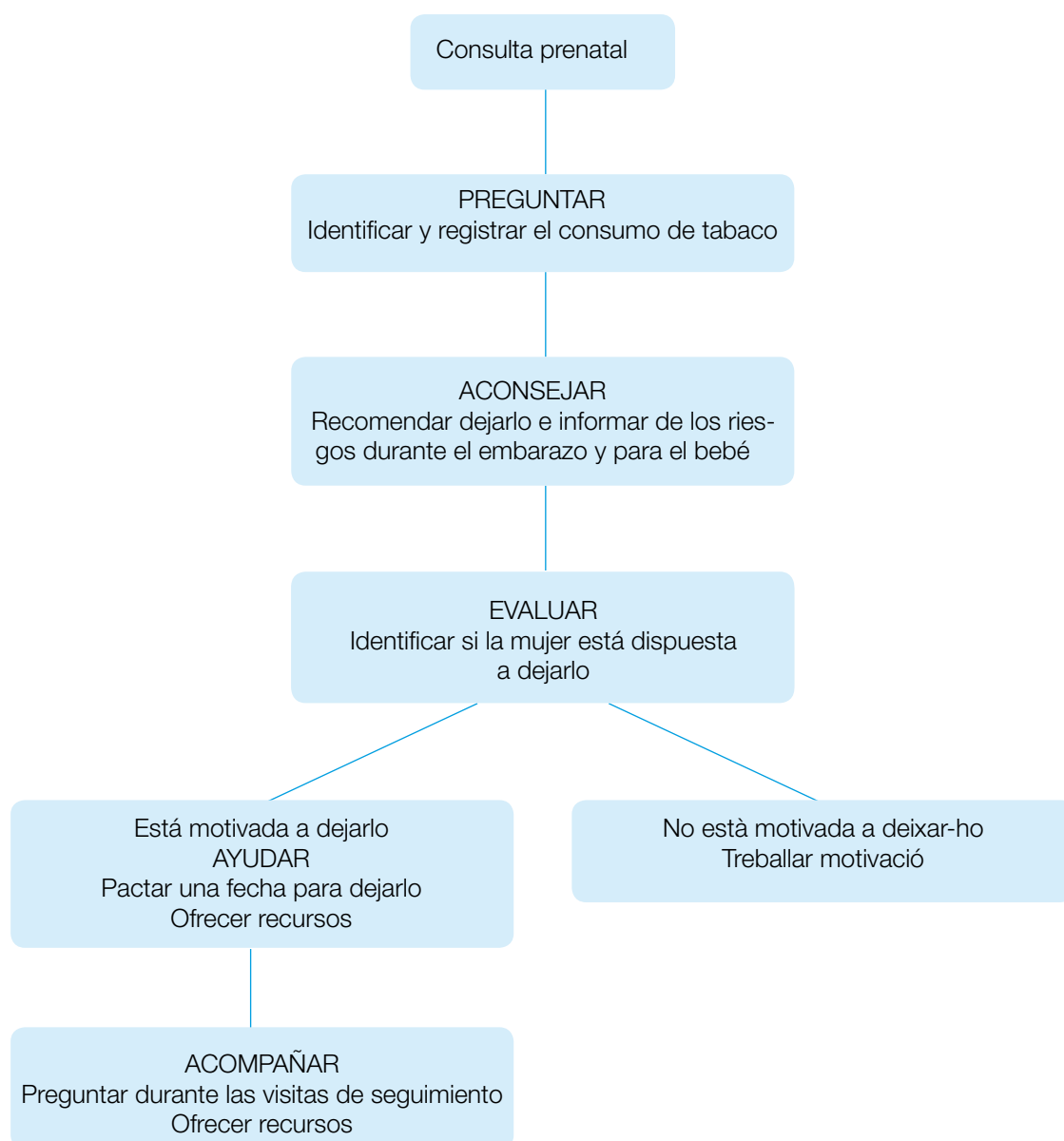
**Acompañar (*Arrange*):** Durante las visitas de seguimiento, se debe revisar el consumo. Si continúan abstinentes, se les debe felicitar y animar a seguir. Si la persona aún continúa fumando, se debe continuar aconsejando que lo deje.

Una revisión sistemática en 2013 sobre intervenciones psicosociales (asesoramiento, educación sanitaria, retroalimentación, incentivos y apoyo social) para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar ha demostrado que se incrementó la proporción de las mujeres que dejaron de fumar al final del embarazo (RR de 1,44; IC del 95%: 1,19 a 1,75), así como una reducción del bajo peso al nacer y los nacimientos prematuros<sup>15</sup>. Aunque la mayoría de intervenciones mostraron algún beneficio, no estaba claro qué combinación fue más efectiva. El asesoramiento y la retroalimentación mejoran las tasas de abandono, pero sólo cuando se usan en combinación con otras estrategias. La intervención más efectiva parece ser dar incentivos, en particular los incentivos contingentes, que eran dependientes de si se había verificado la abstinencia bioquímicamente. Se necesitan más estudios para evaluar el incentivo más rentable para ser aplicado<sup>15, 20</sup>.

### Intervención farmacológica

El tratamiento farmacológico del tabaquismo durante el embarazo ha sido motivo de una revisión Cochrane, una actualización en UpToDate y una reciente revisión de la US Preventive Task Force<sup>9,11,21</sup>.

La revisión Cochrane<sup>11</sup> incluyó 8 ensayos clínicos con terapia sustitutiva de nicotina (TSN) y un estudio con bupropión de tan sólo 11 participantes, sin incluir estudios sobre vareniclina. Entre los estudios con TSN, uno utilizó chicles de 2 mg, seis ensayos utilizaron parches de nicotina (sistemas transdérmicos de liberación controlada) y el octavo ofreció una variedad de formulaciones de TSN, entre las que aproximadamente dos tercios de los participantes eligieron parches y los demás optaron por utilizar chicles y comprimidos de nicotina.



**Figura 1. Intervención básica. Adaptación de la Guía para promover el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo. Departamento de Salud 2006.**

La efectividad de la TSN comparada con placebo mostró un efecto favorable a su uso con un risk ratio (RR) de 1,41 (IC del 95%: 1,03 a 1,95). No hubo diferencias entre los grupos control con TSN en las tasas de aborto involuntario (RR 1,47; IC del 95%: 0,45 a 4,77), muerte fetal (RR 1,24; IC del 95%: 0,54 a 2,84), parto prematuro (RR 0,87; IC del 95%: 0,67 a 1,14), peso al nacer, la admisión a cuidados intensivos neonatales (RR 0,90; IC del 95%: 0,64-1,27), la cesárea, anomalías congénitas (RR 0,73; IC del 95%: 0,36 a 1,48) o la muerte neonatal. En comparación con los niños del grupo placebo, a los dos años de edad, los bebés nacidos de mujeres que habían sido asignadas al azar a TSN tenían tasas más altas de supervivencia, pero sólo se registró en un ensayo.

En general, el cumplimiento con TSN fue baja (17-29%). En 5 estudios se registraron efectos secun-

darios no graves con TSN, que incluyen: dolor de cabeza, náuseas y reacciones locales (por ejemplo, irritación de la piel a los parches o mal gusto del chicle).

La revisión de la US Preventive Task Force<sup>14,21</sup>, indica que los 5 estudios revisados con TSN muestran unas tasas muy bajas de adherencia (<25%), lo cual limitó la interpretación de los resultados. La revisión de estos 5 ensayos no mostró una mejora significativa en las tasas de abstinencia de tabaco al final del embarazo (10,8% frente a 8,5%; RR 1,24; IC: 0,95-1,64). Dado el reducido número de estudios que registraron resultados de salud perinatal, no se realizó un metanálisis. Aunque los resultados sobre el parto prematuro eran mayoritariamente favorables a la utilización de la TSN, sólo un estudio<sup>22</sup> mostró un beneficio significativo. Los resultados referentes a la media del

peso al nacer y muerte fetal no eran concluyentes. El ensayo de mayor población (n = 1.050) reportó una tasa más alta de supervivencia a los 2 años en niños de madres que recibieron TSN durante el embarazo<sup>23</sup>. Como conclusión, se recomienda considerar el elevado consumo de tabaco haciendo un abordaje individual.

La recomendación de prescribir TSN durante el embarazo no se recoge de forma uniforme en las guías consultadas<sup>21,24-27</sup>. Si se valoran la efectividad y la seguridad, parece que la terapia sustitutiva con nicotina probablemente es más segura que seguir consumiendo tabaco durante el embarazo. Siempre se debería hacer una valoración del riesgo-beneficio y ofrecer la TSN en aquellos casos con alta dependencia (puntuación de más de 7 al test de Fagerström\*)

y cuando el consumo de tabaco sea superior a 10 cigarrillos al día.

Aunque no se ha podido demostrar la inocuidad de la TSN en el embarazo, las recomendaciones de los expertos sobre el tratamiento del tabaquismo en el embarazo la consideran de elección, en los casos que la de terapia conductual sola no sea efectiva<sup>28</sup>.

Tanto la vareniclina como el bupropión no están indicados en el embarazo, ya que no se conoce la seguridad de estos fármacos en la gestación<sup>29</sup>.

En la tabla 1 se muestra el resumen de los tratamientos farmacológicos y en la tabla 2 las presentaciones y los precios de los medicamentos disponibles.

Medicamento	Parches de nicotina
	Disponibles de 16 y 24 horas.
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parches 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>• Parches 24 h</li> <li>4 set. (21 mg)</li> <li>4 set. (14 mg)</li> <li>4 set. (7 mg)</li> </ul>
Instrucciones	No fumar. Utilizar sobre una zona de piel sin pelo, preferentemente en el tórax. Cambiar de lugar cada día, no repetir el lugar en 7 días. Empezar a utilizar la mañana del día que se deja de fumar.
Efectos secundarios	Reacciones dermatológicas locales, insomnio.
Precauciones/contraindicaciones	Enfermedad cardiovascular aguda o inestable. Embarazo: valorar relación riesgo-beneficio.
Financiación	No.

Medicamento	Chicles de nicotina
Dosis/duración	Disponibles de 2 mg y 4 mg de nicotina. Dar el de 2 mg inicialmente. En personas con alta dependencia (test de Fagerström de 8 o más) o fallo previo con el chicle de 2 mg, dar el de 4 mg. Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora mientras se está despierto). No pasar de 30 chicles/día de 2 mg ni de 20 chicles/día de 4 mg. Disminuir gradualmente después de 3 meses.
Instrucciones	No fumar. Masticar el chicle de 5 a 10 veces hasta notar un sabor picante, poner el chicle entre las encías y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba, y esperar que disminuya el sabor picante. Después volver a masticar (ir cambiando el lugar donde se pone el chicle). Utilizar cada chicle durante 30 minutos. Absorción limitada por la ingesta de líquidos ácidos (café, zumos, refrescos). Evitar comer y beber 15 minutos antes de empezar a masticar el chicle y durante su uso.
Efectos secundarios	Dolor mandibular. Dispepsia. Hipo.
Precauciones/contraindicaciones	Enfermedad cardiovascular aguda o inestable. Embarazo: valorar relación riesgo-beneficio.
Financiación	No

\* El test de Fagerström es un cuestionario de 6 ítems que se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de los fumadores a la nicotina.

Medicamento	Comprimidos de nicotina para chupar
Dosis/duración	1 mg por comprimido (equivale a un chicle de 2 mg) o 2 mg por comprimido. Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 1-2 horas). Dosis habitual: 8-12 al día. No pasar de 25 comprimidos/día. Disminuir gradualmente después de 3 meses.
Instrucciones	No fumar. Chupar el comprimido lentamente hasta notar un sabor picante, poner el comprimido entre las encías y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba, y esperar que disminuya el sabor picante. Después volver a chupar (ir cambiando el lugar donde se pone el comprimido). Utilizar cada comprimido durante 30 minutos. Absorción limitada por la ingesta de líquidos ácidos (café, zumos, refrescos). Evitar comer y beber 15 minutos antes de empezar a lamer el comprimido y durante su uso.
Efectos secundarios	Hipo. Molestias y úlceras leves y transitorias en la cavidad oral.
Precauciones/contraindicaciones	Enfermedad cardiovascular aguda o inestable. Embarazo: valorar relación riesgo-beneficio.
Financiación	No
Medicamento	Bupropión
Dosis/duración	50 mg cada mañana durante 6 días; luego 150 mg/2 veces al día, separando las tomas al menos 8 horas. Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. Prolongar el tratamiento de 7 a 12 semanas más.
Instrucciones	Fijar el día "D" después de 1-2 semanas de tratamiento. Acompañar de seguimiento según la pauta de visitas recomendada.
Efectos secundarios	Frecuentes: insomnio, boca seca, dolor de cabeza. Importantes: convulsiones (1/10.000 casos tratados a dosis de 300 mg/día).
Precauciones/contraindicaciones	Antecedentes de convulsiones o tumor SNC. Antecedentes de trastornos alimentarios. Trastorno bipolar. Abstinencia súbita de alcohol o benzodiacepinas. Uso de IMAO en los 14 días previos. Uso de fármacos que bajen el umbral convulsivo. Cirrosis hepática. No utilizar en embarazo y lactancia. Hipersensibilidad al fármaco.
Financiación	No
Medicamento	Vareniclina
Dosis/duración	Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg. • Del 1º al 3º día: 0,5 mg/día. • Del 4º al 7º día: 0,5 mg 2 veces al día. • Del 8º día al final de tratamiento: 1 mg 2 veces al día. Duración del tratamiento: 12 semanas (si el paciente ha dejado de fumar considerar prolongar 12 semanas más).
Instrucciones	Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. Los comprimidos deben tragarse enteros con agua. Siempre con apoyo psicológico y seguimiento.
Efectos secundarios	• Náuseas. • Cefalea. • Insomnio y sueños anómalos. • Estreñimiento y meteorismo. • Vómitos.
Precauciones/contraindicaciones	Hipersensibilidad al producto. No es recomendable en <18 años. No utilizar en embarazo ni lactancia. Evitar el uso concomitante de cimetidina. En insuficiencia renal grave, disminuir dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg/día durante los 3 primeros días).
Financiación	No

**Tabla 1. Resumen de los tratamientos farmacológicos, adaptada de la guía de tabaquismo del grupo Sagessa (2015).**

## Seguimiento postparto

Entre el 50% y 60% de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo recaen al cabo de un año después del parto<sup>30,31</sup>. La intervención postparto puede retrasar o prevenir recaídas<sup>32</sup>. También puede ayudar a reducir el riesgo de recaída:

- El seguimiento: es necesario el seguimiento sistemático del estatus de consumo. Aplicar las 5A en las visitas postparto.
- Consejo positivo: el lenguaje es importante cuando se aconseja, para mantenerse sin fumar. Es recomendable reiterar mensajes sobre la mejora de la salud de la madre y el bebé.

Los fármacos pueden añadirse a todos los otros recursos para tratar a las mujeres que recaen después del parto, si no están amamantando.

## Conclusiones

Las intervenciones en el tabaquismo durante el embarazo están basadas en la estrategia de intervenciones breves con la estrategia de las 5A (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) y el uso de tratamiento farmacológico es controvertido. Se plantea hacer una valoración individual del riesgo-beneficio y ofrecer la TSN en aquellos casos con alta dependencia (puntuación de más de 7 en el test de Fagerström) y cuando el consumo de tabaco sea superior a 10 cigarrillos al día.

Hay que recomendar que todos los profesionales sanitarios que atienden mujeres embarazadas (ginecólogos, comadronas, enfermeras, médicos de familia y farmacéuticos) deben evaluar si fuman y proporcionar los consejos oportunos en todas las mujeres embarazadas que fuman.

## Bibliografía

- 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. Guia 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, Wormald 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.



Fármaco	Presentación	PVP en euros
Nicorette chicles 2 mg	30 chicles	12,92
	105 chicles	32,92
	210 chicles	55,18
Nicorette chicles 4 mg	30 chicles	14,28
	105 chicles	40,37
Nicorette comprimidos supermint 2mg	20 comprimidos	10,61
Nicorette comprimidos supermint 4mg	20 comprimidos	10,61
Nicorette parches 10mg	14 parches	57,54
Nicorette parches 15mg	14 parches	57,54
Nicorette spray mint 1mg	Spray	29,95
Nicotinell chicles fruit 2 mg	24 chicles	9,99
	96 chicles	29,89
Nicotinell chicles fruit 4 mg	96 chicles	35,90
Nicotinell chicles mint 2 mg	24 chicles	9,99
	96 chicles	29,89
Nicotinell chicles mint 4 mg	96 chicles	35,90
Nicotinell comprimidos mint 1mg	36 comprimidos	16,00
Nicotinel comprimidos 2mg	36 comprimidos	19,44 3
	96 comprimidos	9,96
Nicotinell parches 7 mg	14 parches	56,00
	28 parches	98,97
Nicotinell parches 14 mg	7 parches	31,46
	14 parches	56,00
	28 parches	98,97
Nicotinell parches 21 mg	7 parches	31,46
	14 parches	56,00
	28 parches	98,97
Champix 0.5 mg y 1 mg	11 y 14 comprimidos	57,99
	11 y 42 comprimidos	116,00
Champix 1 mg	28 comprimidos	68,00
	56 comprimidos	130,01
Zyntabac 150mg	30 comprimidos	48,92
	60 comprimidos	85,41
	100 comprimidos	142,34

**Tabla 2. Presentaciones y precios, en euros, de los tratamientos para dejar de fumar.**

## En un clic...

### Armonización farmacoterapéutica

Nuevos informes y dictámenes:

- a) **Bromuro de aclidinio/formoterol.** Tratamiento broncodilatador de mantenimiento para aliviar los síntomas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- a) **Dulaglutida.** Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos para mejorar el control glucémico como monoterapia cuando la dieta y el ejercicio por sí solos no proporcionan un control glucémico adecuado, en pacientes en los que el uso de metformina no se considera apropiado debido a contraindicaciones o intolerancia, y como tratamiento adicional en combinación con otros medicamentos hipoglucemiantes, incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.
- b) **Bevacizumab.** En combinación con paclitaxel y cisplatino o paclitaxel y topotecan para el tratamiento del carcinoma de cérvix persistente, recurrente o metastásico.

### Recomendaciones, evaluaciones y guías

- a) Nuevas consultas farmacoterapéuticas publicadas en el CIM Virtual del CedimCat, servicio en línea de consultas de medicamentos para profesionales.
  - Breve revisión sobre la vortioxetina, un nuevo antidepresivo disponible en el mercado.
  - Revisión sobre el edoxaban, el último inhibidor del factor Xa.
  - ¿Qué evidencia científica hay detrás de los productos lácteos que dicen que bajan el colesterol?
  - Hay una pauta estandarizada de vitamina D para el tratamiento del déficit en pacientes de edad avanzada?
- b) La hiperuricemia asintomática no se debe tratar sistemáticamente, excepto en cifras muy elevadas (a partir de 13 mg/dl en hombres y 10 mg/dl en mujeres), en tratamientos oncológicos o en presencia de excreción urinaria de ácido úrico (sobre 1.100 mg/día). Recomendación Esencial.
- c) Tos ferina. 3Clics. Atención primaria basada en la evidencia. Institut Català de la Salut.

### Seguridad en el uso de medicamentos

- a) **Medicamentos biológicos, biotecnológicos y biosimilares: farmacovigilancia y trazabilidad. Inhibidores de la aromatasas y el síndrome del canal carpiano.** Boletín de Farmacovigilancia de Catalunya.

### Información para pacientes

- a) **Soy celíaco. Puedo tomar medicamentos que contienen gluten?** Canal Medicamentos y Farmacia.
- b) **Las plantas medicinales son más seguras que los medicamentos?** Canal Medicamentos y Farmacia.

Fecha de redacción: **Septiembre 2016**

En el siguiente número: **Novedades en el calendario 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 Madríguez, 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>