

¿Es el hábito tabáquico un factor determinante en la lactancia materna?

VELO HIGUERAS, M., RAMOS GARCÍA, I., CORRILLERO MARTÍN, J. and
JIMÉNEZ GÓMEZ, M.I.

2013

¿Es el hábito tabáquico un factor determinante en la lactancia materna?

M. Velo Higuera¹, I. Ramos García¹, J. Corriero Martín¹, M^a I. Jiménez Gómez²

121

¹Matrona, H.U. Móstoles. ²Matrona, CS Luego Rodríguez (Móstoles).

RESUMEN

En España, las tasas de lactancia son bajas respecto a lo recomendado por la OMS. La relación entre tabaquismo y lactancia sigue siendo incierta, pero parece dificultarla. El objetivo de este estudio es clarificar el estado actual de la evidencia sobre la influencia del tabaquismo en la lactancia materna.

Material y métodos. Revisión bibliográfica en Cochrane Library en español, PubMed, Cuiden y SCielo de publicaciones previas al año 2000.

Resultados. Fumar se asocia con menores tasas de inicio de la lactancia y con una menor duración de la misma. La nicotina influye negativamente en la producción de leche, pero los factores sociales parecen ser los más influyentes en el éxito de la lactancia. La lactancia en mujeres fumadoras es más segura que combinar tabaquismo con fórmula artificial. La intervención educativa para modificar las actitudes maternas parece favorecer la lactancia en mujeres fumadoras.

Conclusiones. Se necesitan más investigaciones sobre los efectos de la lactancia cuando la madre es fumadora.

La lactancia materna es la opción más beneficiosa incluso en mujeres fumadoras.

Palabras clave: Lactancia; Tabaquismo; Tabaco; Nicotina.

ABSTRACT

Lactation rates in Spain are lower than WHO recommendation. The relationship between smoking and breastfeeding is still uncertain but it looks to make it difficult. The aim of this study is to clarify the evidence state about the smoking influence on breastfeeding.

Methods. Evidence review was conducted in Cochrane Library, PubMed, Cuiden and SCielo databases. Publications from year 2000 were considered.

Results. Smoking is associated with lower rates in breastfeeding initiation and duration. Nicotine has a negative effect on milk production, but social factors seem to be the most important in breastfeeding success. Lactation in smoking women is safer than the smoke exposition combined with formula. Educative interventions to modify maternal attitude seems to facilitate breastfeeding in smoking women.

Conclusions. Further investigation about breastfeeding in smoking women is needed. Breastfeeding is the best option even in smoking mothers.

Key words: Breastfeeding; Lactation; Smoking; Tobacco; Nicotine

Correspondencia:

María Velo Higuera. Matrona. C/ Fuente del tiro, 23. 28024 Madrid.

E-mail: maria.velo.hig@gmail.com

Recibido: 31 de marzo de 2013. Aceptado: 1 de mayo de 2013.
Prev Tab. 2013; 15(3): 121=127

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un hecho biológico. En el ser humano, no obstante, no puede separarse de los condicionamientos sociales y culturales, que pueden facilitarla o dificultarla. El amamantamiento proporciona la alimentación más saludable en la infancia y es una de las prácticas más potentes para la prevención de enfermedades a corto y largo plazo, tanto en la madre como en el lactante. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con UNICEF, reconoce que más del 97% de las mujeres son fisiológicamente competentes para dar el pecho a sus hijos de forma satisfactoria. Las recomendaciones internacionales aconsejan lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y complementada con otros alimentos hasta un mínimo de dos años.

Los resultados de las encuestas de prevalencia demuestran que las tasas de lactancia materna en España son bajas, con un duración media de 3,20 meses (exclusiva + mixta)¹. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) a las 6 semanas es del 66,16%, porcentaje que se reduce al 53,55% a los tres meses y al 28,53% a los seis, a la vez que aumentan las tasas de lactancia mixta o artificial². Los factores que afectan negativamente a la duración de la lactancia lo hacen ya desde las primeras semanas de vida, y su efecto se prolonga hasta el cuarto-quinto mes¹. Entre estos factores aparece el tabaquismo materno. Se ha comprobado que las tasas de lactancia en fumadoras son aproximadamente un 30% más bajas que en no fumadoras³. A los 3 meses de vida la mayoría de los hijos de madres fumadoras son alimentados con lactancia mixta⁴.

En España, en la última década ha aumentado el consumo de tabaco entre las mujeres, especialmente aquellas en edad fértil (20,22%)². El tabaquismo se reconoce como un importante factor de riesgo para la salud materno-infantil, tanto en la gestación como a posteriori. Es por este motivo que constituye un importante problema de salud pública: el consumo de tabaco se mantiene durante cualquier momento de la gestación en alrededor del 30,31% de las mujeres, de las cuales, el 75% lo mantiene durante toda la gestación⁵. De las mujeres que dejan de fumar en la gestación, entre un 47 y un 63% recaen en el hábito tabáquico en los seis primeros meses postparto⁶, lo que coincide con el período recomendado de lactancia materna exclusiva; la recaída aumenta el riesgo de abandono hasta un 60%⁴.

El primer estudio sobre los efectos adversos del tabaco en la lactancia fue publicado por Mils en 1950. La relación entre tabaquismo y lactancia materna sigue siendo objeto de estudio ya que no se han obtenido resultados concluyentes ni se conoce la dirección de la influencia entre ambas variables. Asimismo, es difícil clarificar si los efectos del tabaco durante la lactancia pueden ser atribuidos a ésta o están influenciados por el período de la gestación o por el tabaquismo pasivo en la infancia. El objetivo de este estudio es describir los conceptos existentes en la literatura y clarificar el estado actual de la evidencia sobre la influencia del tabaquismo en la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library en español, PubMed, Cuiden y SCielo con las palabras clave “tobacco”, “smoking”, “nicotine”, “lactation”, “breastfeeding” entre noviembre y diciembre de 2012. Se incluyeron revisiones y estudios no experimentales publicados desde el año 2000, no se incluyeron meta-análisis. Se incluyeron dos publicaciones anteriores al año 2000, ante la no existencia de publicaciones posteriores sobre el tema.

RESULTADOS

EPIDEMIOLOGÍA

La decisión sobre amamantar o no se hace antes del parto en hasta el 90% de las embarazadas, y en un 30-50%, incluso antes de la concepción.⁷ Fumar se asocia con menores tasas de inicio de la lactancia, con una menor duración de la misma, y con una menor tasa de lactancia materna exclusiva a los 4 y 6 meses^{8,9}; mientras que no fumar, aumenta en 5 veces la probabilidad de seguir una LME¹⁰.

Las mujeres que no fuman inician la lactancia en un 91,3%, incluyendo a las que abandonan el tabaco antes o durante la gestación. En las mujeres fumadoras, este porcentaje disminuye de forma inversamente proporcional al número de cigarrillos: desde un 89% en fumadoras de 1-9 cigarrillos/día hasta un 78% en fumadoras de 21 o más¹¹. La recaída en el hábito tabáquico disminuye la tasa de inicio a los mismos valores que las que continuaron fumando durante la gestación^{3,11} y tienen una probabilidad de un 50% de dejar de amamantar antes de las 12 semanas si se compara con las madres que mantienen la abstinencia de

tabaco^{12,13}. El tabaquismo preconcepcional disminuye la duración de la lactancia, con independencia de si se abandona el hábito tabáquico durante la gestación o no, relación que se evidencia a los 3 y 6 meses de inicio de la lactancia^{5,14}.

En el estudio realizado por Rozas et al en el ámbito español, el 45,4% de las que abandonan el consumo de tabaco en el embarazo recaen en el hábito entre el primer y segundo mes tras el parto, alcanzando el 90,9% de recaídas a los 6 meses. Las mujeres que permanecieron abstinentes lactaron en un 82,4% mientras que las que recayeron lo hicieron en un 54,5%. Además, el hecho de fumar en el posparto se relacionó de forma estadísticamente significativa con el abandono precoz de la lactancia antes de los 3 meses⁵.

FISIOPATOLOGÍA

Los niveles de nicotina en leche son casi tres veces superiores respecto a los de sangre materna y, aunque su absorción y metabolismo no ha sido estudiado, es posible que el lactante la metabolice en el hígado al igual que la que es inhalada a través de los pulmones. La nicotina se elimina en forma de cotinina a través de la orina, donde se ha encontrado en niveles 10 veces superiores en hijos de madres fumadoras amamantados respecto a los alimentados con fórmula^{4,11}. Sin embargo, los niveles relativos de cotinina y nicotina observados en leche materna sugieren que la mayoría de la cotinina en la orina de los bebés amamantados es exógena (cotinina materna)¹⁵.

Los efectos vasculares de la nicotina en la mama no se han estudiado, pero podría disminuir el flujo sanguíneo al tejido glandular⁴. La nicotina inhibe el reflejo de liberación de prolactina (PRL) durante 2 horas y este efecto se produce de forma dosis-dependiente^{3,4}, aunque esto tiene un significado incierto en la lactancia.

Los niveles de nicotina también aumentan los niveles de adrenalina, lo cual produce una inhibición central sobre la secreción pulsátil de oxitocina; además, produce vasoconstricción mamaria, lo que puede interferir en el reflejo de eyección lácteo⁴.

El volumen de leche en fumadoras es significativamente menor que en no fumadoras aunque ninguno de los estudios encontró una menor ganancia ponderal en los niños. Además, varios estudios reflejan que la hipogalactia subjetiva es más probable en mujeres fumadoras⁴.

Respecto a la composición de la leche, estudios con muestras pequeñas de mujeres fumadoras encontraron un contenido graso menor. También se han evidenciado menores cantidades de vitaminas C, E y aumento de los efectos prooxidantes. El sabor también puede verse modificado⁴.

EFFECTOS EN EL LACTANTE

Los hijos de padres fumadores es más probable que estén expuestos al humo del tabaco ambiental. Este humo contiene sustancias como monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, formaldehídos, bencenos y otras sustancias tóxicas del tabaco¹⁶. El tabaquismo pasivo está asociado con una mayor incidencia de otitis e infecciones respiratorias bajas en los 3 primeros años de vida¹⁷, así como con el aumento de riesgo de enfermedades crónicas y muerte (asma, muerte súbita, cáncer), con el consiguiente aumento de los costes sanitarios.¹² El efecto protector de la lactancia sobre estos riesgos es más fuerte en niños expuestos a tabaco materno ambiental. Sin embargo, el tabaquismo materno reduce el efecto protector de la lactancia para el asma¹³.

El tabaquismo pasivo en edades tempranas favorece el desarrollo de placas fibrosas y depósitos de grasa, precursores de arteriosclerosis en la aorta y las arterias coronarias¹⁸. La combinación del tabaquismo pasivo con la alimentación con fórmula aumenta este efecto ateroesclerótico desde el primer mes de vida. Además, el tabaquismo materno aumenta el riesgo de obesidad infantil: a los 7 años de edad los niños amamantados por madres fumadoras son más gordos y con menor estatura que los de las madres no fumadoras y consecuentemente tienen mayor IMC. Existe una asociación dosis-respuesta entre el tabaco materno y el sobrepeso en la infancia¹⁹. Estos riesgos podrían compensarse por el efecto de la lactancia materna como factor de protección para enfermedades cardiovasculares, ya que se asocia con una reducción del riesgo de infarto agudo de miocardio en la edad adulta¹⁶.

En cuanto al riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), es mayor en hijos de padres fumadores. El tabaquismo materno se ha identificado como un factor de riesgo, pero no existen evidencias concluyentes sobre si esto se debe a la exposición prenatal o postnatal²⁰. La lactancia materna tiene un efecto protector para el SMSL, disminuyendo el riesgo a la mitad, incluso más si se trata de LME²¹.

El tabaquismo también podría influir en la aparición de hipotiroidismo en el lactante pero no existen estudios al respecto. Esto se debe a la presencia del tiocyanato, una sustancia antitiroidea contenida en el tabaco, que inhibe la captación de yodo²², pero no se conoce si la barrera transmamaria es eficaz en la reducción del paso de esta sustancia del suero a la leche. Además, el tabaco puede interferir en los patrones de alimentación de la mujer, causando una ingesta significativamente menor de nutrientes esenciales, especialmente de yodo. La leche materna es la única fuente de yodo orgánico, principalmente hormonas tiroideas en la infancia temprana, por lo que podría tener un efecto protector sobre este fenómeno¹⁶.

El hábito tabáquico de los padres se relaciona también con un mayor riesgo de tener puntuaciones menores en las escalas de inteligencia infantiles y alteraciones del comportamiento^{16,23}. Sin embargo, la lactancia mejora los resultados cognitivos respecto a niños alimentados con fórmula; incluso parece modificar los efectos del tabaquismo materno en el embarazo sobre el neurodesarrollo fetal¹⁶.

Aunque la exposición materna al tabaco no se ha asociado con un mayor riesgo de leucemia, combinada con la exposición materna en la lactancia y la exposición paterna preconcepcional, podría existir un riesgo aumentado de leucemia linfocítica aguda (LLA), asociación que tiene carácter significativo en las grandes fumadoras²⁴.

En cuanto a la masa ósea, el efecto del tabaquismo materno puede considerarse transitorio, y parece ser compensado en la pubertad. La lactancia ha demostrado favorecer mayores índices de masa ósea, pero respecto al tabaquismo no se ha podido demostrar esta influencia²⁵.

Además de los riesgos directos, los niños expuestos al humo del tabaco tienen 3 veces más probabilidades de ser fumadores en la vida adulta¹⁸, y tienen un mayor riesgo de ser víctimas de incendios en el domicilio⁶.

Aunque se piensa que los hijos de madres fumadoras experimentan cólicos más frecuentemente, los estudios no muestran resultados concluyentes. Un estudio holandés encontró que la prevalencia de cólico fue dos veces mayor en hijos de madres fumadoras, pero menor en los lactantes^{4,26}. Por último, la irritabilidad es más frecuente en hijos de fumadoras, independientemente de su modo de alimentación. Esto puede ser interpretado por las madres lactantes como una falta de saciedad

con lactancia materna, presuponiendo la necesidad de utilizar fórmula artificial. Además, pueden aumentar el número de cigarrillos por el estrés. La supresión del apetito asociada a la nicotina en adultos no ha sido estudiada en los lactantes⁴.

FACTORES SOCIALES

El perfil de madre lactante fumadora es muy similar al de mujeres que deciden alimentar con fórmula artificial a sus hijos: son más jóvenes, con menor nivel educativo y menor renta. Además, existe otra serie de factores sociales que pueden determinar un menor éxito de la lactancia, como la obesidad, el apoyo familiar y de la pareja, la atención sanitaria y la aparición de problemas de lactancia en el postparto inmediato^{3,4,11}. La educación es el factor más influyente en el inicio de la lactancia: las madres con educación secundaria alta tienen hasta cuatro veces más probabilidades de iniciar con éxito la lactancia que aquellas madres con menor nivel educativo³.

Según las fases del modelo de abandono del tabaco de Prochaska, la mayoría de las mujeres durante el embarazo se encuentra en la fase precontemplativa. La planificación de la lactancia es más frecuente en aquellas mujeres que se encuentran en fases posteriores del modelo. Por otro lado, la planificación de la lactancia también ayuda al éxito en el abandono del tabaco²⁷ y puede retrasar la recaída, aunque la mayoría vuelven a fumar a los 6 meses y, con ello, aumentan las probabilidades de abandono de la lactancia^{3,4}.

Las mujeres que fuman están menos motivadas para amamantar y, por tanto, es menos probable que intenten amamantar o inicien la lactancia. Existe una relación dosis-respuesta entre el número de cigarrillos y la intención de amamantar, de forma que es menor en fumadoras que en no fumadoras¹¹. La lactancia requiere un alto nivel de compromiso para ser exitosa y las mujeres fumadoras pueden tener menos voluntad o ser más difícil que se comprometan. Los motivos para no iniciar la lactancia o abandonarla no son diferentes en mujeres que fuman mucho de los de las mujeres que fuman poco⁸. Además, es menos probable que acudan a los profesionales en busca de ayuda ante dificultades de lactancia⁴, ya que se pueden sentir criticadas por estos por continuar fumando en el embarazo y lactancia. También es más probable que nieguen el consumo de tabaco y que no accedan a programas de deshabituación tabáquica. Asimismo, se sienten culpables por darles leche materna con nicotina⁸.

Independientemente del hábito tabáquico materno, el tabaquismo paterno también influye en una menor duración de la lactancia: la predisposición para la lactancia de la mujer es menor conforme aumenta el hábito tabáquico de la pareja, incluso en mujeres no fumadoras⁴. El mayor factor de riesgo para volver a fumar es que la pareja o un compañero de piso fume^{6,9}.

Los antecedentes de deshabituación tabáquica también favorecen el inicio de la lactancia: cuanto mayor fue la duración en tiempo de ese abandono, más probabilidades hay de amamantar durante más tiempo, ya que las madres que previamente habían intentado dejar de fumar, ya tienen habilidades en el manejo de los síntomas de abstinencia. Además, cuanto mayor fue el tiempo que estuvieron sin fumar en el anterior abandono, mayores son las probabilidades de éxito en el siguiente abandono³.

INTERVENCIONES

Puesto que es posible que las madres fumadoras abandonen antes la lactancia porque consideran que combinada con el tabaco es peligrosa para el lactante^{7,8}, los programas educativos podrían ayudar a eliminar esa creencia. En los datos cualitativos, la mitad de las madres que nunca habían amamantado dijeron que tener suficiente información sobre los efectos del tabaco en la lactancia y los beneficios de ésta por parte de los profesionales responsables del control del embarazo, les habría ayudado a dar el pecho. Esto plantea que la educación prenatal podría aumentar la tasa de lactancia^{12,28}.

La producción de lactancia materna está fuertemente influenciada por la actitud y, como se expone anteriormente, las mujeres fumadoras están menos motivadas para amamantar. Además, la abstinencia al tabaco, unida a la mayor irritabilidad del lactante, puede aumentar los niveles de ansiedad maternos. Las técnicas de relajación pueden ser una herramienta útil en estas mujeres: se ha observado que aquellas que las practican expresan tener más leche que las mujeres del grupo control¹¹.

En cuanto al tratamiento de deshabituación tabáquica, no existen evidencias concluyentes. Durante la gestación, el tratamiento de primera elección es el psicológico conductual (evidencia grado A) y los tratamientos farmacológicos sustitutivos sólo deben utilizarse cuando fracasan los anteriores o cuando los beneficios superan los riesgos, ya que no se dispone de datos de su uso en gestantes²⁹.

Durante la lactancia, sigue estando en controversia el uso de parches de nicotina con una vida media corta administrados después de amamantar. Aunque los lactantes estén expuestos a la nicotina de la leche, el uso de parches podría ser más seguro que continuar fumando, al disminuir la exposición ambiental al resto de los constituyentes del humo. La dosis absoluta de nicotina en los lactantes desciende en un 70% si se usan parches de 7 mg en lugar de fumar¹⁶. Si se considera necesaria ayuda farmacológica en la deshabituación tabáquica, podría ser preferible el uso de formas orales de TSN administradas justo después de amamantar y evitándolas durante las dos horas previas³⁰.

Por último, cuando la deshabituación tabáquica no es posible o la mujer no la desea, es importante tener en cuenta que la vida media de la nicotina en leche es levemente más larga que la vida media en plasma (95 min *vs* 80 min). Por tanto, la duración de la nicotina en leche no excede demasiado de la duración en plasma: así, durante la noche y en la primera toma de la mañana, la concentración de nicotina es menor debido al tiempo transcurrido desde el último cigarrillo, y aumenta durante el día con el aumento de la frecuencia de consumo³¹. En base a esto, es recomendable espaciar lo más posible la toma del consumo de tabaco.

DISCUSIÓN

Los estudios sobre la influencia de la nicotina en los niveles de las hormonas influyentes en la lactancia son anteriores a 1986, sin investigaciones posteriores. La mayoría de estos estudios cuentan con muestras pequeñas, lo que puede limitar su validez externa. La acción hormonal permite la lactancia pero no la determina, es decir, los menores niveles de PRL en mujeres fumadoras no tienen por qué dificultar la lactancia. Los estudios sobre los niveles de somatostatina (inhibidor de la PRL) muestran un aumento de esta hormona en fumadoras en el posparto temprano, pero fueron realizados con grupos no equivalentes, por lo que dichos resultados deben ser reevaluados en más investigaciones⁴.

Las diferencias hormonales pueden aparecer de forma secundaria al comportamiento lactante de las fumadoras, más que ser la causa primaria de éste, de forma que las diferencias sociales entre las fumadoras y no fumadoras parecen ser más importantes en el abandono de la lactancia que los efectos fisiológicos del tabaco⁴. Si el tabaco, por sí mismo, causara menores tasas de lactancia, tanto fumadoras como no fumadoras ten-

drían tasas similares en cuanto a intención e inicio de la misma¹¹. Por este motivo, la actitud sobre la alimentación del lactante y la intención de amamantar se consideran fuertes predictores independientes de la duración de la lactancia, más que cualquier otro factor sociodemográfico¹⁴.

Metodológicamente, el tamaño de la muestra influye en que la diferencia entre fumadoras y no fumadoras sea significativa, incluso tras ajustar los factores de confusión: dichas diferencias son sólo significativas en muestras amplias. El hábito tabáquico en sí también influye en el resultado de los estudios: las diferencias en cuanto a intención de amamantar no son significativas en fumadoras leves respecto a no fumadoras¹¹, y las diferencias significativas aparecen al comparar a las no fumadoras con las grandes fumadoras.

Es difícil separar la influencia de la exposición al tabaquismo durante la lactancia de la influencia de la exposición ambiental, sin embargo, la mayor presencia de cotinina en lactantes indica que la lactancia, unida a la exposición ambiental, influye más en los niveles de esta sustancia que la inhalación del tabaco ambiental por sí sola^{4,11}.

Asimismo, no se puede separar el efecto de la exposición al tabaco en la gestación y el efecto de la exposición en la lactancia. Por ejemplo, en la investigación sobre la relación entre tabaquismo y LLA no se diferencia entre la exposición al tabaco durante la gestación y durante la lactancia, por lo que no puede afirmarse que fumar durante la lactancia, por sí mismo, aumente el riesgo de esta patología²⁴.

La mayor parte de los estudios de tabaco y lactancia tienen muestras pequeñas y son metodológicamente pobres al definir la variable lactancia, ya que, en general, la evalúan sólo al alta hospitalaria y con un post-test a corto plazo. En los estudios analizados, no se reflejan datos de la existencia de problemas de lactancia que pueden inducir su abandono, como grietas, ingurgitación, problemas del enganche y tampoco se diferencia entre lactancia materna exclusiva y mixta.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que la lactancia ocurre también en madres fumadoras, se necesita mucha más investigación sobre los efectos de la lactancia cuando la madre es fumadora. No está claro si la lactancia promueve el abandono del tabaco o si el abandono del tabaco

prolonga la lactancia, o si hay un tercer factor no identificado, como el estrés o el apoyo familiar/social, que puede influir en ambos.

Los factores sociales parecen ser los que ejercen una mayor influencia en la lactancia, pero la mayor parte de las publicaciones disponibles son extranjeras, y podrían no ser extrapolables a la población española, por lo que consideramos que sería recomendable realizar estudios aplicables a esta población. El papel de los profesionales es ofrecer un mayor apoyo y refuerzo a las madres fumadoras para el mantenimiento de la lactancia.

A pesar de que la lactancia materna favorece la absorción de nicotina por parte del lactante, la Asociación Americana de Pediatría la recomienda, ya que los riesgos del uso de fórmula artificial combinados con el tabaco, son mayores que la combinación tabaco-lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España [informe de expertos]. *An Esp Pediatr*. 1999; 50: 333-40.
2. Encuesta Nacional de Salud. 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012.
3. Collins BN, DiSantis KL, Nair US. Longer previous smoking abstinence relates to successful breastfeeding initiation among unserved smokers. *Breastfeed Med*. 2011; 6: 385-91.
4. Amir LH. Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms. *Early Hum Dev*. 2001; 64: 45-67.
5. Rozas MR, Costa J, Francés L, et al. Modificaciones en el consumo de tabaco durante la gestación y en el postparto. *Matronas Prof*. 2008; 9: 13-20.
6. Harmer C, Memon A. Factors associated with smoking relapse in the postpartum period: an analysis of the child health surveillance system data in Southeast England. *Nicotine Tob Res*. 2013; 15: 904-9.
7. Giglia R, Binns CW, Alfonso H. Maternal cigarette smoking and breastfeeding duration. *Acta Paediatr*. 2006; 95: 1370-4.
8. Vassilaki M, Chatzi L, Bagkeris E, et al. Smoking and caesarean deliveries: major negative predictors for breastfeeding in the mother-child cohort in Crete, Greece (Rhea study). *Matern Child Nutr*. 2012 May 29. Doi: 10.1111/j.1740-9709.2012.00420.x [En prensa].
9. Weiser TM, Lin M, Garikapat V, et al. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. *Pediatrics*. 2009; 124: 1603-10.

10. Tan KL. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. *Int Breastfeed J*. 2011; 6: 2.
11. Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Birth*. 2002; 29: 112-23.
12. Di Santis KL, Collins BN, McCoy AC. Associations among breastfeeding, smoking relapse, and prenatal factors in a brief postpartum smoking intervention. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010; 89: 582-6.
13. Karmaus W, Dobai A, Ogbuanu I, et al. Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children. *J Asthma*. 2008; 45: 688-95.
14. Bertino E, Varalda A, Magnetti F, et al. Is breastfeeding duration influenced by maternal attitude and knowledge? A longitudinal study during the first year of life. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25(Suppl 3): 32-6.
15. Woodward A, Grgyirnovich N, Ryan P. Breast feeding and smoking hygiene: major influences on cotinine in urine of smoker,s infants. *J Epidemiol Community Health*. 1986; 40: 309-15.
16. Dorea JG. Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer. *Matern Child Health J*. 2007; 11: 287-91.
17. Pavic I, Jurkovic M, Pastar Z. Risk factors for acute respiratory tract infections in children. *Coll Antropol*. 2012; 36: 539-42
18. Geerts CC, Bots ML, Van der Ent CK, et al. Parental smoking and vascular damage in their 5-year-old children. *Pediatrics*. 2012; 129: 45-54.
19. Wen X, Shenassa ED, Paradis AD. Maternal smoking, breastfeeding and risk of childhood overweight: findings from a National Cohort. *Matern Child Health J*. 2013; 17: 746-55.
20. Liebrechts-Allerman G, Lao O, Liu F, et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr*. 2011; 170: 1281-91.
21. Moon Ry, Fu L. Sudden infant death syndrome: an update. *Pediatr Rev*. 2012; 33: 314-20
22. Arroyo Cozar M, Boix Carreño E, Juarros Martínez SA, Aller Álvarez JL .Tabaquismo y patología tiroidea. *Prev Tab*. 2012; 14: 119-22.
23. Mahar, Bagot RC, Davolin MA. Developmental hippocampal neuroplasticity in a model of nicotine replacement therapy during pregnancy and breastfeeding. *PLoS One*. 2012; 7: e37219.
24. Ferreira JD, Couto AC, Pombo-de-Oliveira MS. Pregnancy, maternal tobacco smoking, and early age leukemia in Brazil. *Front Oncol*. 2012; 2: 151.
25. Jones G. Hynes KL, Dwyer T. The association between breastfeeding, maternal smoking in utero, and birth weight with bone mass and fractures in adolescents: a 16-year longitudinal study. *Osteoporos Int*. 2013; 24: 1605-11.
26. Reijneveld S, Brugman E, Hirasing R. Infantile colic: maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child*. 2000; 83: 302-3.
27. Caine VA, Smith M, Beasley Y, Brown HL. The impact of prenatal education on behavior a changes toward breast feeding and smoking cessation in a healthy star population. *J Natl Med Assoc*. 2012; 104: 258-64.
28. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking behavior before, during, and after pregnancy: the effect of breastfeeding. *ScientificWorldJournal*. 2012; 2012: 154910.
29. Guedes HTV, Souza LSF. Exposure to maternal smoking in the first year of life interferes in breast-feeding protective effect against the onset of respiratory allergy from birth to 5 yr. *Pediatr Allergy Immunol*. 2009; 20: 30-4.
30. Infac. Deshabituaç  n tab  quica. Informa   n farmacoterap  utica en la comarca. Vol 16, n  1. Disponible en: http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v16_n1.pdf
31. Steldinger R, Luck W, Nau H. Half-lives of nicotine in milk of smoking mothers: implications for nursing. *J Perinatal Med*. 1988; 16: 261-2.

Carta al Director

Experiencias en el 2013 SRNT International Meeting de Boston

128

F.J. Callejas González

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Sr. Director,

La *Society for Research on Nicotine and Tobacco* (SRNT), fundada en 1994, es la sociedad más importante centrada en la investigación sobre el tabaquismo, con una amplia gama de temas que van desde la farmacología de la nicotina a las influencias sociales sobre el uso de tabaco¹.

Desde el 13 hasta el 16 de marzo de 2013, se celebró en Boston, Massachusetts, la reunión internacional número 19 de esta sociedad, que ha ido creciendo en los años transcurridos desde su creación, y que actualmente cuenta con más de 1.100 miembros en más de 40 países de todo el mundo.

En esta edición 19ª de la reunión internacional que se celebra anualmente he tenido la suerte de participar activamente tras enviar una comunicación con los resultados de la Consulta Especializada en Tabaquismo del Servicio de Neumología del CHUA de la que soy corresponsable.

Ha sido una experiencia sumamente gratificante y que recomiendo a todos aquellos profesionales interesados

e implicados en este campo de trabajo tan amplio (y a veces olvidado) como es el tabaquismo, por varios motivos:

1. Me ha permitido interaccionar con profesionales de **múltiples especialidades** llegados de todas las partes del planeta (psiquiatras, psicólogos, genetistas, biólogos, neumólogos, internistas, oncólogos, médicos de Atención Primaria, cirujanos, epidemiólogos, preventivistas y personal de enfermería, entre otros).
2. Constaba de un programa muy completo, con **simposios** en los que se comentaron las políticas de actuación puestas en marcha en Canadá y Australia² y que pueden ser una pista para el desarrollo de éstas en otros países, la búsqueda e interpretación de revisiones sistemáticas y meta-análisis de la Cochrane que tan útiles nos pueden ser³, los últimos avances y revisiones disponibles en intervención en fumadores hospitalizados⁴ o el tratamiento global de la dependencia del tabaco⁵, entre otros; **sesiones y exposiciones** con trabajos originales de investigación de nuevas dianas de tratamiento en animales, de biomarcadores de exposición, del papel del cigarrillo electrónico, del cigarrillo decotinizado o de fármacos como la citisina o con resultados de éxito obtenidos en deshabituación, como algunos de los más interesantes; **conferencias magistrales** sobre los peligros del consumo y los beneficios del cese del tabaquismo y sobre el pasado, presente y futuro en la dependencia tabáquica y su tratamiento⁶; **grupos y áreas de trabajo** en los que puedes intervenir.

Correspondencia:

F.J. Callejas González. Servicio de Neumología.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
C/ Hermanos Falcó, 37. 02006 Albacete
E-mail: f.javiercallejas@hotmail.com

Recibido: 30 de abril de 2013. *Aceptado:* 23 de mayo de 2013.
Prev Tab. 2013; 15(3): 128-129