

Tabaquismo: Repercusión del hábito en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna

Smoking: Habit repercusion on the breastfeeding establishment and maintenance

Autor: Susana Iglesias Casás

Dirección de contacto: matronasu@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Iglesias Casas S. Tabaquismo: Repercusión del hábito en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. NURE Inv [Revista en Internet] 2008 May-Jun. [fecha acceso]; 5 (34):[aprox 8 pant]
Disponible en: www.fuden.es:80/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=111&ID_ORIGINAL_INI=1&mail=1

Resumen: El tabaquismo pasivo puede provocar en lactantes mayor riesgo de muerte súbita y enfermedades respiratorias, teniendo la lactancia materna (LM) un efecto protector de estas complicaciones.

Este estudio investiga la asociación entre el tabaquismo de la mujer, la lactancia que decide, y la duración total de la LM.

La población a estudio fueron todas las puérperas de dos hospitales de la provincia de Pontevedra, entre Agosto de 2004 y Septiembre de 2005, a las que se les encuestó al alta. A las que daban LM se les entrevistó telefónicamente a los 3, 6 y 12 meses.

Las mujeres no fumadoras deciden Lactancia Materna Exclusiva (LME) al alta en un 77,6%, la mantienen a los 6 meses en un 30,6% y tienen una duración media de la lactancia de 5,7 meses (DE = 4,1).

El tabaquismo antes de la gestación influye de forma negativa en el mantenimiento de la LME a los 6 meses ($p = 0,02$).

El tabaquismo durante la gestación se asocia a un menor inicio de LME ($p = 0,02$) y a una menor prevalencia a los 3 y 6 meses ($p = 0,004$ y $p = 0,02$, respectivamente).

En los hijos de fumadoras a los efectos nocivos del tabaquismo pasivo hay que sumarle la falta del efecto protector de la LM: ésta se inicia menos y durante menos tiempo.

Ya que durante el embarazo y lactancia las mujeres tienen mayor contacto con los profesionales sanitarios, debemos de insistirles en que el tabaco no es contraindicación para la LM.

Palabras clave: Tabaquismo, Embarazo, Lactante, Inicio Lactancia Materna, Mantenimiento Lactancia Materna.



Abstract: Passive smoking might produce in newborns a higher risk of sudden death and respiratory diseases, having breastfeeding a protective effect on these complications.

This study research the association between smoking on women, the kind of lactation that she determines and the total duration of breastfeeding.

The study population were all the women who had just given birth in two hospitals from the province of Pontevedra, between August and September 2005, whom were interviewed when discharged from hospital. Those who breastfed were phone interviewed after 3, 6 and 12 months.

77.6% of non-smoking women choose exclusively breastfeeding when discharged from hospital, a 30.6% of them followed after 6 months and they have a breastfeeding average time of 5.7 months (SD = 4.1).

Smoking before pregnancy influences negatively on the maintaining of exclusively breastfeeding after 6 months ($p = 0.02$).

Smoking during pregnancy associates to a lower exclusively breastfeeding initiation ($p = 0.02$) and to a lower prevalence after 3 and 6 months ($p = 0.004$ and $p = 0.02$ respectively).

Children of smoking women have not even the harmful passive smoking effects, but also the lack of protective effect of breastfeeding: this is initiated less and for a lower time.

As during pregnancy and breastfeeding women have more contact to the sanitary professionals, we should insist on the fact that smoking is not a breastfeeding contraindication.

Key Words: Smoking, Pregnancy, Unweaned baby, breastfeeding establishment, breastfeeding maintenance.

Centro de trabajo: (1) D.U.E. Matrona. Hospital do Salnés (Vilagarcía de Arosa, Pontevedra, España)

Fecha del trabajo: 02/07/2007

INTRODUCCIÓN

Cada año el consumo de tabaco causa en torno a 5 millones de muertes en el mundo. Según la OMS es la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenible entre las personas adultas en los países desarrollados (1,2).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud del INE (2006) en España fuma el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres.

La estimación de mujeres fumadoras durante la gestación es del 12 al 20%, pero es difícil de conocer con exactitud al tener cierta tendencia las gestantes a subnotificar el consumo. La alta prevalencia de tabaquismo durante la gestación se da en mujeres jóvenes, con baja instrucción educacional. (3,4).

Fumar durante la gestación provoca un aumento de sufrir complicaciones graves durante la gestación (5,6):

- Problemas en la concepción: mayor riesgo de embarazo ectópico (por disfunción ciliar de las trompas de Falopio) y de aborto (la nicotina aumenta niveles de prostaglandinas).
- Alteraciones en la placenta: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, reducción del flujo útero-placentario, lesiones placentarias.
- Rotura prematura de membranas: conlleva parto pretérmino.
- Problemas que afectan directamente al feto: Muerte fetal intraútero, malformaciones fetales, retraso del crecimiento intrauterino (con consecuencias de aumento de morbimortalidad perinatal y posnatal)

Ser fumador pasivo durante la infancia es realmente perjudicial para los niños, pudiendo provocar entre otras complicaciones graves para su salud, mayor riesgo de:

- Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL): Que la madre fume durante la gestación y la lactancia aumenta un 50% las probabilidades de muerte súbita del lactante (7). Puede ser debido a que la nicotina altera la actividad simpática, el control cardiovascular, la termorregulación y el metabolismo del recién nacido o lactante.
- Otitis e infecciones respiratorias.
- Peor función pulmonar.
- Peor evolución del asma bronquial.
- Menor peso en infancia.
- Coeficiente intelectual disminuido, retraso en el desarrollo del lenguaje, déficit de atención, problemas de conducta, trastornos de aprendizaje.
- Mayor tasa de absentismo escolar.
- Muerte en infancia.



- Más ingresos hospitalarios.
- Estudios publicados desde 1999 relacionan el tabaquismo pasivo en la infancia con mayor riesgo de enfermedad meningocócica, mayor riesgo de cáncer, mayor mortalidad (8, 9, 10).

La nicotina está presente en la leche en concentraciones entre 1.5 y 3.0 veces la concentración simultánea del plasma materno, y su eliminación intermedia es 60-90 minutos en la leche y el plasma. No hay evidencia científica que indique que esta cantidad de nicotina sea un riesgo para la salud del niño (11).

De todas formas esta sustancia influye negativamente en la lactancia materna (LM), ya que causa una disminución de la producción de leche al provocar una disminución de la prolactina. También interfiere en el reflejo de eyección y provoca una disminución de la ganancia de peso del niño. Además podría provocar un rechazo del pecho por parte del niño al cambiar el sabor y el olor de la leche, y se relaciona con un aumento de los cólicos del lactante (12).

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Determinar si existe relación entre el tabaquismo de la madre y el inicio y mantenimiento de lactancia materna exclusiva.

Objetivos específicos:

- Conocer tasas de tabaquismo femeninas en nuestra población, antes de la gestación y durante la misma.
- Conocer relación entre nivel de estudios y tabaquismo femenino.
- Conocer la influencia del tabaquismo antes y durante el embarazo con la duración total de la lactancia materna y con la introducción de suplementos de leche artificial en la alimentación del niño.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, realizado en dos hospitales de la provincia de Pontevedra, el Hospital do Salnés y el Hospital de Nuestra Señora de Fátima.

La Fundación Pública hospital do Salnés está situado en Vilagarcía (Pontevedra), atiende a un área de población de aproximadamente 74.500 habitantes, de los que 17.000 son mujeres en edad fértil. Tiene una media de 520 nacimientos al año y es desde el 13 de Mayo de 2005 el primer Hospital de Galicia en poseer el galardón "Hospital Amigo de los Niños".

El Hospital Nuestra Señora de Fátima, de gestión privada, está situado en la ciudad de Vigo (Pontevedra), ciudad que con aproximadamente 300.000 habitantes, es una de las mayores de Galicia. Tiene una media de 228 nacimientos al año.

Al carecer de UCI pediátrica, en ambos hospitales sólo tienen lugar partos de gestantes consideradas de bajo riesgo (peso fetal estimado >2000 g, edad gestacional >35 semanas, mujeres sanas, etc.).

Se diseñó un estudio prospectivo cuya población base fueron todos los niños nacidos en ambos hospitales entre Agosto de 2004 y Septiembre de 2005 (n = 860). Para una confianza del 95%, una precisión del 4% y una prevalencia estimada al inicio del 70%, se prefijó un tamaño muestral de 316, que se incrementó hasta 380 en previsión de unas pérdidas del 20%.

Criterios de inclusión: Consentimiento de la mujer para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Peso de recién nacido menor de 2.500 g.
- Edad gestacional menor de 37 semanas.
- Existencia de contraindicación médica para la LM.
- Ingreso del recién nacido por cualquier motivo.

A las pacientes seleccionadas se les entregó una encuesta al alta, encuesta que fue elaborada en base a la bibliografía consultada y entregada a las mujeres por el personal de enfermería de la planta de Maternidad de ambos hospitales, junto con una carta en la que se les explicaba el motivo del estudio y se les solicitaba su colaboración.

El cuestionario utilizado incluía preguntas sobre características sociodemográficas: edad, paridad, nivel de estudios de la mujer, tipo de lactancia al alta, y si ha decidido LM, duración prevista de la misma. Se incluyeron en dicha encuesta variables como: hábito tabáquico previo y durante la gestación y asistencia a clases de preparación maternal.

Ciertas variables perinatales se obtuvieron de la historia clínica de la paciente: tipo de parto, sexo y peso del recién nacido, y administración de suplementos de leche artificial durante ingreso).

Se obtuvo una muestra de 327 mujeres (201 en el hospital del Salnés y 126 en el Hospital N^a S^a de Fátima).

A las mujeres que daban LM al alta se les realizó una encuesta telefónica de alimentación a los 3,6 y 12 meses de vida del niño con el método del recuerdo de 24 horas. Este método, de valor reconocido para recogida de datos sobre alimentación, disminuye al máximo el sesgo de recuerdo (13). En esta encuesta telefónica se les interrogaba acerca del tipo de alimentación que dieron a su hijo el día anterior. En caso de no haber administrado ninguna toma de lactancia materna, se les pregunta acerca de la edad en meses del niño en el momento, del destete, la causa del mismo y la persona que lo decidió. Todas estas preguntas son abiertas. (Tabla 1).

Encuesta al alta	Edad Paridad Nivel de estudios (primarios/ secundarios/ universitarios) Asistencia cursos de preparación maternal (no/ si) Tabaquismo previo a gestación (no/ < 10 , > 10) Tabaquismo durante gestación (no, < 10, > 10) Tipo de lactancia al alta (materna, artificial)
Datos recogidos historia clínica mujer	Tipo de parto Sexo y peso del recién nacido Edad gestacional en el momento del parto Administración de suplementos al Recién Nacido
Datos recogidos en entrevista telefónica	En el día de ayer su hijo tomó: • pecho (sí /no) • otra leche (sí/ no) • otro líquido (sí /no) • otro alimento (sí/ no) Si no tomó pecho: • motivo del destete (pregunta abierta) • edad del niño en el momento del destete (en meses) • persona decidió destete (pregunta abierta)

Tabla 1: Recogida de datos



El tipo de lactancia que recibían los niños, tanto al alta como a los 3, 6 y 12 meses de vida se clasificó en 3 grupos para facilitar su estudio:

- LM Exclusiva (LME): al bebé no se le da ningún tipo de alimento o bebida que no sea LM.
- LM Mixta: El bebé recibe LM y otros alimentos, ya sea leche artificial, cereales, zumo de frutas, etc.
- Lactancia Artificial: el bebé no recibe ninguna toma de LM.

Se diseñó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS para Windows 13.0. Se utilizaron estadísticos como la media y desviación estándar para un análisis descriptivo de la muestra

El estudio estadístico asociativo bivalente se realizó mediante la aplicación del Test de Chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, T de Student y Test de Mann Whitney; el nivel de significación estadística aceptado es del 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Se obtuvieron 327 encuestas válidas, un 86% de la muestra realmente extraída (380). Los motivos de las 53 pérdidas fueron: falta de teléfono (3), imposibilidad de contactar (10) y, en 40 casos, negativa a responder el cuestionario al alta.

Las características de la muestra pueden verse en la Tabla 2. Destacar que en los dos hospitales que han participado en el estudio, al carecer de UCI pediátrica, sólo se atienden partos considerados de bajo riesgo (mujeres sanas, edad gestacional mayor de 36 semanas y peso fetal estimado mayor de 2,500 g).

Edad mujer	<25 años:	11,5 % (n=37)
	25- 35 años: :	65,2 % (n=210)
	> 35 años:	23,3 % (n=75)
Nivel de estudios	Primarios :	27,5 % (n=87)
	Secundarios:	37,3 % (n=118)
	Universitarios:	35,1% (n=112)
Asistencia a cursos preparación maternal	No:	41,1 % (n=132)
	Si, sola:	47,7 % (n=154)
	Si, con su pareja:	11,2 % (n=36)
Peso del recién nacido	< 2,5 Kg:	2,5 % (n=8)
	2,5 - 4 Kg:	90,1% (n=290)
	> 4 Kg:	7,5 % (n=24)
Edad gestacional	<38:	11,6 % (n=37)
	≥38:	88,5 % (n=283)
Lactancia al alta	Materna:	74,4 % (n=244)
	Artificial:	25,6 % (n=84)
Tabaquismo previo a gestación	No fuma:	65,6 % (n=211)
	Fuma <10 c/ día:	14,4 % (n=46)
	Fuma ≥ 10/ día:	20 % (n=64)
Tabaquismo durante gestación	No fuma:	83,8 % (n=275)
	Fuma <10 c/ día:	3,7% (n=12)
	Fuma ≥ 10/ día:	10,4 % (n=34)

Tabla 2: Características de la muestra

La tasa de fumadoras antes del embarazo es de 34,4% (n = 110); de estas el 58,2% (n = 64) abandonan el tabaco durante la gestación. Un 14,4% (n = 46) de las mujeres continúan fumando embarazadas. (Tabla 2).

Se encontró una asociación significativa entre nivel de estudios y el tabaquismo. Antes del embarazo fuman el 23,1% de las mujeres universitarias, el 37,6% de las que tienen estudios secundarios y el 43,7 % de las que tienen estudios primarios ($p = 0,02$). Durante el embarazo se mantiene la significación estadística, fuman el 8,4% de las universitarias, el 13,7 % de las que tienen estudios secundarios y el 24,1 % de las que tienen estudios primarios ($p = 0,008$).

(Gráfico 1)

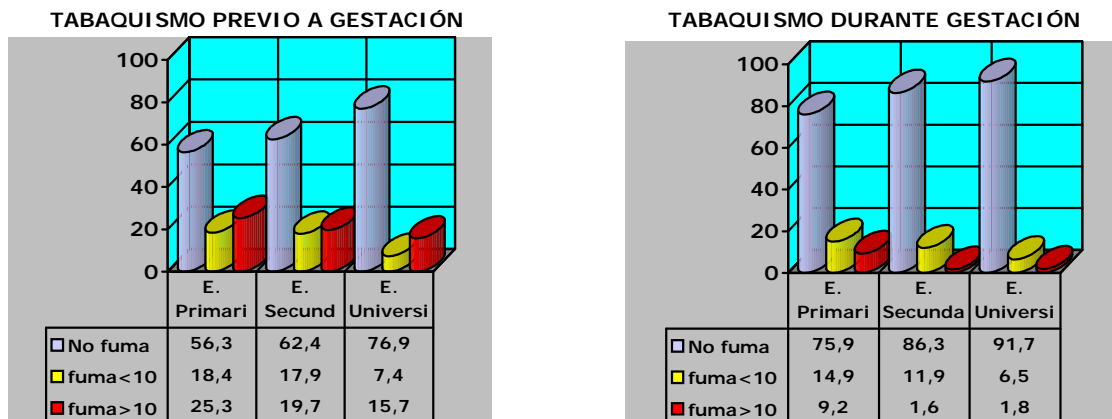


Gráfico 1: Tabaquismo según el nivel de estudios (%)

En la muestra se observa que el tabaquismo previo a la gestación no da lugar a diferencias significativas en el inicio de la LME: inician LME el 77,3 % de las no fumadoras, y el 60 % de las que fuman ($p = 0,1$). Tampoco influye en el mantenimiento de la LME a los 3 meses ($p = 0,1$). Si afecta de forma negativa a su mantenimiento a los 6 meses: consiguen mantener LME el 9,5 % de las que fuman y el 26,9 % de las no fumadoras ($p = 0,02$). (Gráfico 2).

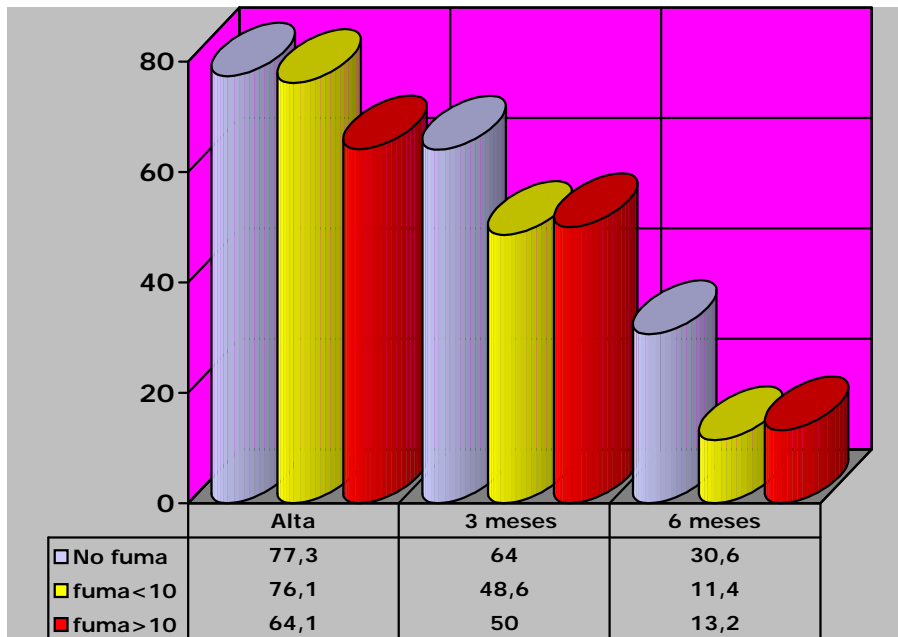


Gráfico 2: Prevalencia de LME según tabaquismo previo a la gestación (%)

Fumar durante la gestación da lugar a un menor inicio de LME. Las mujeres que fuman durante el embarazo deciden alimentar a sus hijos con pecho en un 60,9 %, mientras que las que no lo hacen se deciden mucho más por la LM: en un 76,6% ($p = 0,02$). El tabaquismo durante la gestación también influye en el mantenimiento de LME a los 3 meses: las fumadoras durante la gestación la mantienen en un 15,2% y las no fumadoras en un 40,9% ($p = 0,004$). A los 6 meses las diferencias también son significativas: mantienen LME un 4,3% de las fumadoras frente a un 17,5% de las que no fuman ($p = 0,02$).

Se ha encontrado asociación entre el consumo de tabaco y la duración total de lactancia ($p = 0,02$). Las mujeres que nunca han fumado mantienen lactancias de 5,8 meses de media (DT = 4,4) y las que fuman durante la gestación reducen el periodo de lactancia a 3,4 meses de media (DT = 3). Las mujeres que fuman pero abandonan el hábito durante la gestación tienen una duración media de la lactancia de 4,3 meses (DT = 3,5).

También se ha encontrado relación entre tabaquismo e introducción de suplementos de LA en la alimentación del niño ($p = 0,004$). Las mujeres que nunca han fumado introducen suplementos de media a los 3,6 meses (DT = 2,7), las que fuman antes de la gestación a los 2,6 meses (DT = 2,1) y las que fuman durante el embarazo a los 2 meses (DT = 2). (Gráfico 3).

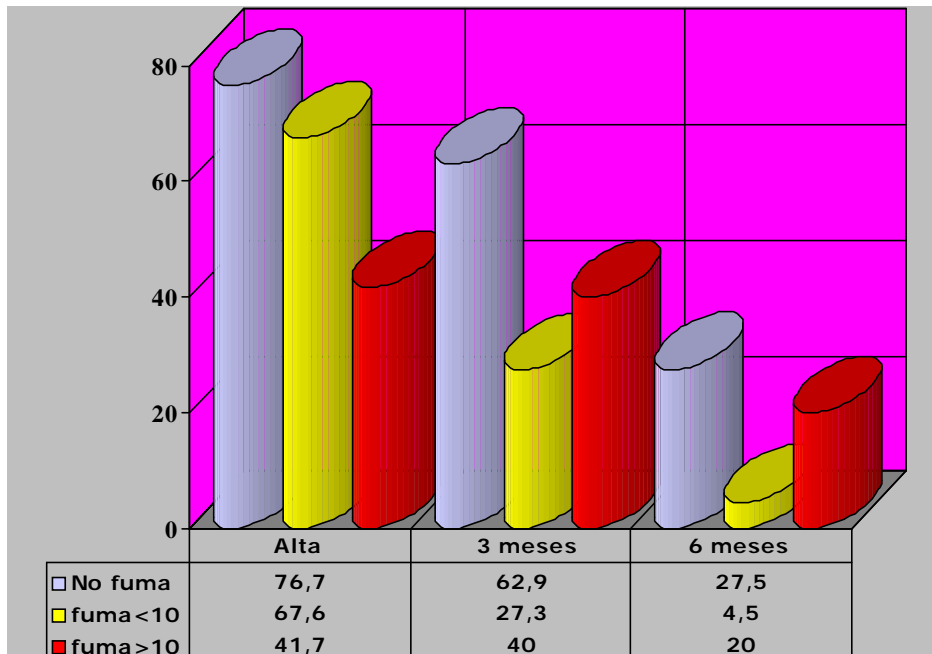


Gráfico 3: Prevalencia de LME según tabaquismo durante la gestación (%)

DISCUSIÓN

Una limitación del estudio es el hecho que las mujeres suelen subnotificar su consumo de tabaco, sobre todo durante la gestación. Incluso un 12,5% (n = 41) de las mujeres encuestadas no contestaron alguna de las preguntas relacionadas con el consumo de tabaco. A pesar de ello la tasa de tabaquismo femenino de la muestra (34%) es un 10% superior a la tasa española. La tasa de tabaquismo durante la gestación, es sin embargo similar a la de la bibliografía consultada (14,4%).

El tabaquismo pasivo ante, durante y postnatal es un factor de riesgo que aumenta la morbi-mortalidad infantil. Se ha asociado a múltiples complicaciones tanto en el periodo perinatal como en el desarrollo posterior del niño: riesgo aumentado de muerte súbita, infecciones respiratorias, asma, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II. Es un factor evitable, por lo que deben llevarse a cabo campañas para su prevención.



Por otra parte, la LM influye de forma decisiva en la salud infantil. En este estudio se constata la relación negativa entre tabaquismo y LM: las mujeres que fuman tienden a iniciar menos la LM, y a mantenerla menos tiempo que las no fumadoras. Esto coincide con múltiples estudios publicados en las últimas décadas (14-16), y supone un grave problema de salud pública, ya que a los múltiples efectos nocivos del tabaquismo pasivo en los recién nacidos y lactantes, habría que sumarle la falta del efecto protector de la LM.

El embarazo y la lactancia son las ocasiones ideales para que los sanitarios recomienden el abandono del hábito e insistan en los efectos perjudiciales del tabaco sobre la gestación y sobre la salud del niño. También se debe informar a las madres que desean dar el pecho a sus hijos pero no consiguen dejar el tabaco que los efectos beneficiosos de lactancia superan los efectos nocivos del paso de ciertas sustancias a partir de la leche.

Así, entre hijos de mujeres que continúan fumando y lactando, la incidencia de enfermedades respiratorias agudas es menor que las madres fumadoras que optan por alimentar a sus hijos con leche artificial. Fumar y lactar es pues menos dañino que el biberón más el hábito tabáquico (12). Lo realmente perjudicial para los lactantes es el permanecer en ambientes ricos en humo de tabaco.

Las madres fumadoras que opten por lactancia materna han de saber que lo ideal es que fumen justo después de darle el pecho a su hijo, y que procuren que entre el último cigarrillo y la tetada pasen al menos un par de horas para que así la cantidad de nicotina que pase al niño sea la menor posible.

También se ha encontrado una asociación significativa entre el nivel de estudios de la madre y tabaquismo. Las mujeres universitarias fuman menos que las mujeres con estudios primarios. Otros estudios también muestran esta asociación (3,4). Esto nos lleva a la necesidad de hacer un mayor hincapié en familias de nivel sociocultural bajo en la repercusión negativa del tabaco en la salud de recién nacidos, lactantes y niños.

BIBLIOGRAFIA

1. Banco Mundial-OPS/OMS. La Epidemia de Tabaquismo. Los Gobiernos y los Aspectos Económicos del Control del Tabaco. Washington DC. Publicación Científica N° 577, 2000.
2. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco del 12 Mayo de 2003. 56a Asamblea Mundial de la Salud. OMS.
3. Mallol J, Brandenburg D, Madrid R, et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. Rev. Chil. Enferm. Respir 2007; 23(1):17-22.



4. Salvadora J, Villalbía JR, Nebota M, Borrella C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación: Barcelona, 1994-2001. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60: 139 – 141.
5. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJFM. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88: 1086-1090.
6. Marin GH, Delgado L, Sager G, Visentin S, Azarro S, Tozzi M. Consequences of smoking during pregnancy for mother and child. *Rev. bras. saúde matern Infant* 2003; 3 (2):159-164.
7. Mitchell, et al. Recommendation for sudden death effect syndrome prevention: a discussion document. *Arch. Dis. Child.* 2007; 92; 155-159.
8. Córdoba García R, Clemente Jiménez L, Aller Blanco A. Informe sobre el tabaquismo pasivo. *Aten Primaria* 2003; 31(3):181-90.
9. Jiménez CA, De Lucas P, Perelló O, et al. Tabaquismo pasivo en la infancia. Madrid: Ed. El defensor del menor en la Comunidad de Madrid, 2000.
10. Tovar Guzman VJ, Flores Luna ML, López Antuñano FJ. Efectos perinatales de la nicotina. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16: 187-195.
11. Comité de medicamentos de la American Academy of Pediatrics: El paso de medicamentos y otros productos químicos a la leche materna. *Pediatrics*. 2001; 108, (3) ,776-89.
12. Lactancia Materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría Madrid. Edición 2004.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Ginebra: OMS, 1991. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf
14. Mello PR, Pinto GR, Botelho C. The influence of smoking on fertility, pregnancy and lactation. *J Pediatr (Rio J)*. 2001 Jul- Aug; 77(4):257.
15. Giglia RC, Binns CW, Helman AS. Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration? *BMC Public Health* 2006, 6:195
16. Di Napoli A, Di Lallo D, Pezzotti P, Forastiere F, Porta D. Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 2006 Jun; 95(6):678-85.
17. Horta BL, Kramer MS, Platt RW. Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis. *Am J Public Health*. 2001 Feb; 91(2):304-7
18. Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Breastfeed Rev.* 2003 Jul; 11(2):19-29.
19. Martin LT, McNamara M, Milot A, Bloch M, Hair EC, Halle T. Correlates of smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Health Beba.* 2008 May-Jun; 32(3): 272-82