

M. E. Castellanos<sup>1</sup>  
M. Nebot<sup>2</sup>  
A. Payá<sup>1</sup>  
M. Rovira<sup>1</sup>  
M. I. Muñoz<sup>2</sup>  
M. Sanromá<sup>1</sup>  
S. Planas<sup>1</sup>  
R. Carreras<sup>1</sup>

### El abandono del tabaquismo durante la gestación y la recaída

#### *Smoking cessation during pregnancy and relapses*

<sup>1</sup>Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Universitario del Mar  
<sup>2</sup>Departamento de Promoción de la Salud.  
Instituto Municipal de Salud. Barcelona

#### Correspondencia:

Dra. E. Castellanos Hernández  
Vía Laietana, 6, 1.º, 2.ª  
08003 Barcelona  
E-mail: 300255mch@comb.es

Fecha de recepción: 9/6/00  
Aceptado para publicación: 11/7/00

Castellanos ME, Nebot M, Payá A, Rovira M, Muñoz MI, Sanromá M, Planas S, Carreras R. El abandono del tabaquismo durante la gestación y la recaída. *Prog Obstet Ginecol* 2000;43:473-480.

#### RESUMEN

**Introducción:** El hábito tabáquico en las mujeres españolas está aumentando, especialmente entre las mujeres de 25 a 44 años, que es el grupo con una tasa de fertilidad más elevada. Por tanto, existe una preocupación creciente por el aumento del riesgo asociado al tabaco, de forma directa a las mujeres y de forma indirecta a los fetos y a los hijos. Sin embargo, estas mujeres realizan muchos contactos con el sistema sanitario y son muy sensible a los mensajes sanitarios, especialmente durante el embarazo.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia del hábito tabaco en nuestra población de mujeres gestantes. Evaluar la proporción de mujeres que dejan de fumar durante el embarazo. Analizar los factores que podrían influir en esta tasa de abandono.

**Material y métodos:** Setecientos seis mujeres gestantes que recibieron atención al parto en el Hospital Universitario del Mar durante los meses de enero a diciembre de 1996. Cuestionario personal retrospectivo en la estancia hospitalaria postparto y obtención de datos de las historias clínicas. Encuesta telefónica a los 6 meses postparto.

**Resultados:** El 31% de las mujeres eran fumadoras en el momento del diagnóstico del embarazo. El 20,1% dejó de fumar antes de la primera visita prenatal y el 5% tras la primera visita y durante el primer trimestre de embarazo. Se logró seguimiento telefónico a los 6 meses en el 52% de las gestantes fumadoras, de las que un 36,4% afirmaron seguir sin fumar. La abstinencia fue más frecuente entre las gestantes que fumaban menos y las que siguieron un mejor control prenatal, mientras que la mayor incidencia de recaídas se produjo entre las que fumaban más antes de la gestación y las que no realizaron lactancia materna.

**Conclusiones:** Nuestra población de gestantes presenta una alta prevalencia de tabaquismo. El abandono del hábito tabáquico durante la gestación y a largo plazo es inferior a los datos encontrados en la literatura. El conocimiento de este problema nos ha llevado a desarrollar un proyecto para evaluar el impacto del consejo para dejar de fumar integrado a la consulta antenatal sobre la tasa del abandono del hábito tabáquico durante el embarazo y a largo plazo.

## 474 PALABRAS CLAVE

Tabaco; Gestación; Abandono; Abstinencia a largo plazo.

## ABSTRACT

**Introduction:** *Smoking rates among Spanish women are increasing, specially among women 25 to 44 year old, the age group with the highest fertility rate. Therefore, there is an increasing concern about the risk associated to cigarette smoke directly to women and indirectly to the fetuses and children. Women on this age group often contact the health system and are very sensitive to health messages, more so during pregnancy.*

**Goals:** *To evaluate prevalence of smoking in our population of pregnant women. To evaluate the quitting rate during pregnancy and the relapse rate six months after pregnancy. To determine which factors could have an influence on those rates.*

**Patients and methods:** *706 women who delivered at the hospital from January to December 1996 at Hospital Universitario del Mar. Personal retrospective questionnaire at post-partum hospital stay and collection of data from medical records. Phone interview six months after delivery.*

**Results:** *31% of our pregnant women were smokers at the time of diagnosis of pregnancy. 20.1% quitted before the first prenatal visit, and 5% after the first visit and within the first trimester. 52% of the pregnant women who declare to smoke at time of diagnosis of pregnancy were contacted by phone six months after delivery. 36.4% declared to remain smoke free at that time. Abstinence is more frequent among women who smoke small amounts of cigarettes and those who were more compliant with prenatal care, while relapse was higher among strong smokers and those who did not breastfeed.*

**Conclusions:** *There is a high prevalence of smoking among our pregnant women. Quitting rates during pregnancy and six months after delivery are lower than reported in the literature. Awareness of the problem has led us to a project to assess the impact of medical counselling integrated in the prenatal care clinic on smoking cessation during pregnancy and in the longer term.*

## KEY WORDS

*Smoking; Pregnancy; Quitting; Long term abstinence.*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un aumento del consumo de tabaco entre las mujeres en nuestro país que contrasta con el leve descenso observado entre los hombres. Este aumento ha sido más acusado entre las mujeres de entre 25 a 44 años, que es el grupo de edad con la tasa de fertilidad más elevada. Así, en Barcelona la proporción de fumadoras era en 1992 del 54,3% entre las mujeres de 25 a 34 años y del 36,4% entre los 35 y 44 años<sup>(1)</sup>. En este sentido se diría que se ha producido una evolución hacia un patrón propio de los países más desarrollados en los que se podía observar cifras de consumo similares en ambos sexos<sup>(2)</sup>.

Junto a los devastadores efectos directos del tabaquismo a largo plazo, el hábito tabáquico de las mujeres en edad reproductiva puede traducirse en un aumento de complicaciones del embarazo y el parto, entre las que debemos señalar el retraso del crecimiento intrauterino, señalado hace más de 40 años por Simpson<sup>(3)</sup>. Desde entonces un elevado número de estudios han mostrado de forma contundente una serie de efectos adversos entre los que se incluye el bajo peso al nacer, el aborto espontáneo, la rotura prematura de membranas, el parto prematuro así como un aumento de la mortalidad perinatal e infantil, incluyendo el síndrome de muerte súbita del recién nacido (SMSL)<sup>(4)</sup>. La evidencia acumulada en las últimas décadas sugiere que el tabaquismo antenatal tiene efectos adversos a largo plazo en el desarrollo neurocognitivo en los niños. Más aún, estudios recientes hablan de que la exposición antenatal a tabaco se asocia a una reducción de la función pulmonar en la infancia y a efectos adversos en el crecimiento postnatal<sup>(5)</sup>.

Si el embarazo supone una situación especial de riesgo en relación con el tabaquismo, no es menos cierto que también constituye para muchas mujeres una motivación especial para dejar de fumar<sup>(4)</sup>. En general se estima que alrededor del 25% de las gestantes fumadoras<sup>(6)</sup> dejan de fumar completamente durante el embarazo, con un rango de entre el 2 y el 37%<sup>(7)</sup>. En nuestro medio existen pocos estudios respecto al consumo de tabaco durante la gestación

y ninguno que evalúe el impacto del abandono del hábito tabáquico a largo plazo<sup>(5)</sup>.

Con el fin de estudiar la prevalencia y los factores asociados al abandono del tabaquismo durante la gestación, así como el mantenimiento de la abstinencia a los 6 meses postparto, se ha realizado el presente estudio en el marco de un estudio que pretende evaluar el efecto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación integrado en la atención prenatal.

## PACIENTES Y MÉTODOS

En el puerperio inmediato (dentro de los 3 primeros días de hospitalización postparto) se interrogó sobre su hábito tabáquico a todas las mujeres que recibieron atención al parto en el Hospital del Mar durante los meses de enero a diciembre de 1996 y que declararon ser fumadoras en el momento del diagnóstico de la gestación. Se utilizó un cuestionario retrospectivo. Las preguntas del cuestionario fueron realizadas por tres entrevistadores que recogieron la información por escrito. Los cuestionarios interrogaban sobre características personales del hábito tabáquico (número de cigarrillos en el momento del diagnóstico de la gestación, edad de comienzo del hábito tabáquico, años de hábito tabáquico, intentos previos a la gestación actual de dejar de fumar, número de cigarrillos en la primera visita prenatal y número de cigarrillos en los diferentes trimestres de la gestación), características del hábito tabáquico en la pareja y en el entorno laboral, así como sobre otros hábitos tóxicos antes y durante la gestación. Además se obtuvieron datos de las historias clínicas en relación a factores los demográficos de la paciente (edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, estado civil, paridad), así como número de visitas prenatales.

A los 6 meses postparto se hicieron llamadas telefónicas a aquellas pacientes de las que se disponía de número de teléfono, realizándose un cuestionario telefónico en el que en el contexto de preguntas sobre salud general se interrogaba respecto a las características del hábito tabáquico en ese momento, introduciendo nuevas preguntas sobre la lactancia materna.

## RESULTADOS

Del total de 706 mujeres que recibieron atención al parto en el Hospital del Mar en el año 1996, 219 declararon ser fumadoras en el momento del diagnóstico de la gestación, lo que supone una preva-

lencia del 31%. De estas 219 mujeres, 44 refirieron haber dejado de fumar antes de la primera visita de atención prenatal (20,1%) y 11 haberlo hecho tras la primera visita (5%), lo que sitúa la tasa de abandono global durante la gestación en un 25,1%.

En el seguimiento telefónico a los 6 meses postparto se logró contacto con 114 de las 219 mujeres que habían declarado ser fumadoras en el momento del diagnóstico de la gestación, es decir, con un 52,1%. De estas 114 mujeres, 33 declararon haber dejado de fumar durante la gestación (28,9%). Doce de las 33 mujeres refirieron continuar sin fumar a los 6 meses postparto, lo que supone un 36,4% de abstinencia a los 6 meses postparto. Dicho de otro modo, la tasa de recurrencia postparto en nuestra población es del 63,6% (tabla 1).

La tabla 2 recoge las características demográficas y de seguimiento del embarazo de las gestantes que declararon ser fumadoras en el momento del diagnóstico de la gestación en función del abandono del hábito tabáquico durante la gestación. La tabla 3 resume las características de la historia del hábito tabáquico de la gestante y las características del hábito tabáquico en la pareja y el entorno de dichas gestantes. Las características de las gestantes seguidas a los 6 meses postparto en relación al abandono del tabaquismo aparecen reflejadas en la tabla 4.

## DISCUSIÓN

España constituye en la actualidad uno de los países europeos con mayor prevalencia del hábito tabáquico entre la población general. La Encuesta

Tabla 1 Prevalencia y abandono del hábito tabáquico durante la gestación

Tasas	%	(n/N total)
Prevalencia del hábito tabáquico en el momento del diagnóstico de la gestación	31	(219/706)
Tasa de abandono espontánea	20,1	(44/219)
Tasa de abandono global durante la gestación	25,1	(55/219)
Tasa de seguimiento postparto (a los 6 meses)	52,1	(114/219)
Tasa de abandono durante la gestación en el grupo seguido a los 6 meses	28,9	(33/114)
Tasa de abstinencia postparto (medido a los 6 meses)	36,4	(12/33)
Tasa de abandono a largo plazo (medido a los 6 meses)	10,34	(12/114)

**Tabla 2** Abandono del hábito tabáquico durante la gestación en relación a factores demográficos y número de visitas prenatales

	Dejan de fumar (n)	%	No dejan de fumar (n)	%	Total*	% del total	p
<i>Edad</i>	28,51		27,06		28,28		0,50 0,46
— < 20	3	15,8	16	84,2	19	8,8	
— 20-24	10	20,0	40	80,0	50	23,1	
— 25-29	15	22,7	51	77,3	66	30,1	
— 30-34	19	29,2	41	70,8	60	27,8	
— ≥ 35	8	36,4	14	63,2	22	10,2	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Lugar nacimiento</i>							0,22
— Barcelona	33	21,3	122	78,7	155	70,8	
— Resto de España	9	26,5	25	73,5	34	15,5	
— Extranjero	13	43,3	17	56,7	30	13,7	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Estudios</i>							0,88
— Sin estudios	4	23,5	13	76,5	17	7,7	
— Primarios	30	23,8	96	76,2	126	57,6	
— Secundarios	18	28,6	48	71,4	66	30,1	
— Universitarios	3	30	7	70,0	10	4,6	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Estado civil</i>							0,13
— Casada	39	30,1	90	69,9	129	58,9	
— Convive	11	20,0	44	80,0	55	25,1	
— Sin pareja (soltera, separada, divorciada)	5	14,2	30	85,7	35	15,9	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Núm. de visitas prenatales</i>							0,01
— Escaso (≤ 5)	7	12,3	50	87,7	57	26	
— Normal (≥ 6)	49	30,2	113	69,7	162	73,9	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Paridad</i>							0,15
— Con algún hijo	35	29,2	85	70,8	120	54,79	
— Nulíparas	20	20,6	79	79,4	99	45,21	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	

\* La suma de las categorías es inferior al total para algunas variables por falta de información.

Nacional de Salud de 1997<sup>(8)</sup> ha revelado que el número de fumadores ha descendido del 38,1% en 1987 al 35,7% en 1997. Sin embargo, según los resultados de la encuesta se ha incrementado el número de mujeres consumidoras de tabaco en España. Datos del Ministerio de Sanidad<sup>(9)</sup> revelan que en 1993 el porcentaje de mujeres fumadoras entre 18 y 44 años era del 42%.

En nuestro estudio el 31% de las gestantes declaran ser fumadoras en el momento del diagnóstico de

**Tabla 3** Abandono del hábito tabáquico durante la gestación en relación a características del hábito tabáquico de la gestante, al hábito tabáquico de la pareja y al tabaquismo en el entorno

	Dejan de fumar (n)	%	No dejan de fumar (n)	%	Total (n)*	% del total	p
<i>N.º de cigarrillos en el momento de diagnóstico de embarazo</i>					18,79 (10,75)		< 0,00005
— < 5	16	57,1	20	71,4	28	12,8	
— 5-10	18	34,61	47	79,7	52	23,7	
— 11-20	14	15,2	61	73,8	92	42	
— > 20	7	14,9	36	73,5	47	21,5	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Edad de comienzo a fumar</i>							0,10
— ≤ 17	37	22,7	127	77,3	164	75,80	
— ≥ 18	18	34	47	66	53	24,2	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Años de hábito tabáquico</i>							0,75
— < 5	8	28,57	20	71,4	28	12,78	
— 6-10	12	20,33	47	79,7	59	26,94	
— 11-15	22	26,19	61	73,81	83	37,89	
— > 16	13	26,53	36	73,5	49	22,37	
Total	55	25,1	164	74,9	219	100	
<i>Intentos de dejar de fumar</i>							0,15
— Sí	35	29,2	85	70,8	120	54,79	
— No	20	20,6	79	79,4	99	45,21	
Total	55	21,1	164	74,9	219	100	
<i>¿Pareja fuma?</i>							0,88
— Sí	36	23,3	140	76,7	176	86,68	
— No	7	25,9	20	74,1	27	13,32	
Total					203/ 219	92,86 100	
<i>Fumadores en el ambiente laboral</i>							
— No trabaja	30	27,02			111	50,69	
— Trabaja:					108	49,31	0,17
• Sí expuesta	11	18,03			61	56,48	
• No expuesta	14	29,78			47	43,51	
Total	25	23,14					

\* La suma de las categorías es inferior al total para algunas variables por falta de información.

la gestación. Llama la atención que esta prevalencia es inferior a la encontrada en otros estudios realizados en España<sup>(10,11)</sup> en los que encuentran proporciones de en torno al 60%. Intuimos que se debe probablemente al hecho de que nuestro centro atiende una población urbana de clase social baja y media-baja con una proporción de cerca de un ter-

**Tabla 4** Hábito tabáquico a los 6 meses postparto en relación a diversos factores

	Siguen sin fumar	%	Vuelven a fumar antes de los 6 meses	%	Total (n)*	% del total	p
<i>Edad</i>							0,06
— Media	31,69		28,57		29,86		
<i>Lugar nacimiento</i>							0,06
— Barcelona	10	50	10	50	20	60,7	
— Fuera de Barcelona	2	15,38	11	84,7	13	39,3	
<i>Estudios</i>							0,93
— Sin y primarios	5	31,25	11	68,8	16	48,48	
— Secundarios y universitarios	7	41,17	10	58,9	17	51,51	
<i>Estado civil</i>							0,72
— Con pareja	11	35,48	20	64,52	31	93,93	
— Sin pareja	1	50	1	50	2	6,06	
<i>Paridad</i>							0,93
— Nulíparas	5	31,25	11	68,8	16	48,48	
— Con hijos	7	41,17	10	58,9	17	51,51	
<i>N.º de visitas prenatales</i>							0,27
— Escaso ( $\leq 5$ )	1	20	4	80	5	15,55	
— Normal ( $\geq 6$ )	11	35,71	27	68,3	28	84,84	
<i>N.º de cig/día al diagnóstico del embarazo</i>							0,04
— Media	8,08		13,27		11,4		0,55
<i>Intentos de dejar de fumar</i>							0,04
— Sí	9	52,9	8	47,1	17	51,5	
— No	3	18,8	13	81,2	16	48,5	
<i>Fumadores ambiente laboral</i>							
— No trabaja	2	15,38	11	84,62	13	39,39	
— Sí trabaja:	10	50	10	50	20	60,61	
• Sí expuesta	4	40	6	60	10	50	0,17
• No expuesta	6	60	4	40	10	50	
<i>LM</i>							0,19
— No	2	20	8	80	10	30,3	
— Sí:	10	43,5	13	56,5	23	69,69	
• Hasta 6 semanas (durante la cuarentena)	0	0	6	100	6	26,1	0,01
• Más de 6 semanas	10	58,8	7	41,2	17	73,9	
Total	12		21		33	100	

\*La suma de las categorías es inferior al total para algunas variables por falta de información.

cio de gestantes inmigrantes extranjeras en las que el hábito tabáquico no es muy prevalente.

Dejar de fumar es difícil, incluso para las mujeres embarazadas que tienen una gran motivación para ello. Hemos encontrado que sólo una cuarta parte (25,1%) de las mujeres fumadoras antes de la gestación dejan de fumar durante el embarazo. De estas la mayoría (20,1%) lo hacen de forma espontánea

antes de la primera visita de control prenatal. Aunque la proporción de abandono es muy similar a la encontrada en otros estudios<sup>(12-14)</sup>, lo que sugeriría un comportamiento relativamente similar en este aspecto, llama la atención que nuestra tasa de abandono es una de las más bajas encontradas en la literatura (tabla 5). De las gestantes que dejan el tabaco, algo más de un tercio se mantendrían sin fumar a los 6 meses postparto, lo cual arrojaría un efecto «global» del embarazo de cerca del 10%.

El consejo por parte del médico para dejar de fumar es citado por los fumadores como importante en su decisión de dejar de fumar<sup>(1)</sup>. La proporción de gestantes que dejan de fumar tras la primera visita podría explicarse en parte por el efecto del consejo para dejar de fumar por parte del obstetra o de personal sanitario de atención prenatal. Sin embargo, el hecho de que esa proporción sea tan baja (un 5%) pone en evidencia que sería de obligada necesidad desarrollar programas de intervención sanitaria específicos para la mujer gestante que aumentasen la proporción de gestantes que dejan de fumar durante el embarazo y que además incidiesen positivamente sobre el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

En relación a la validez de la declaración, se ha puesto de manifiesto en algunos estudios<sup>(13,15)</sup> una cierta infradeclaración entre gestantes fumadoras. La carencia de validación bioquímica nos obliga, por tanto, a ser cautelosos en las interpretaciones de los

**Tabla 5** Prevalencias y tasas de abandono del hábito tabáquico durante la gestación según diversos autores

Autor (año)	País (ciudad)	Prevalencia (%)	Tasa de abandono (%)
Jane (14)	España (Barcelona)	—	25**
Panjari (13)	Australia	—	23*
Haslam (12)	Reino Unido (Leicester)	34	29*
Mas (11)	España (Valencia)	60	28**
Sheibeirmeir (27)	EE. UU.	20-50	—
Ruiz Pardo (28)	España (Barcelona y Zaragoza)	—	33**
Bolumar (10)	España (Valencia)	60	48**

\* Antes de la primera visita (abandono espontáneo).

\*\* Durante la gestación (abandono global).

— No informado.



478 resultados. En cualquier caso, la información personal sigue siendo el método más directo y sencillo a la hora de determinar el hábito tabáquico, así como el más utilizado<sup>(16,17)</sup>.

Tan sólo un 52% de las mujeres pudieron ser contactadas telefónicamente a los 6 meses postparto, en consecuencia, y a pesar de que no se observaron diferencias significativas asociadas a la respuesta, debemos ser prudentes al valorar las implicaciones de los hallazgos del seguimiento.

Identificar los predictores de falta de éxito para dejar de fumar podría ayudarnos a identificar las gestantes fumadoras que requieren una atención especial. En nuestro estudio sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al abandono del hábito tabáquico durante la gestación en relación al número de cigarrillos fumados al día y al control gestacional. Las mujeres que más fuman y las que realizan un control gestacional escaso son las que menos dejan de fumar. El número elevado de cigarrillos fumados al día es el predictor de fracaso que más frecuentemente aparece reflejado en la literatura<sup>(18-21)</sup>. En relación al control gestacional, Quinn<sup>(20)</sup> afirma que el comienzo del control gestacional temprano es un predictor positivo del abandono espontáneo.

En nuestra población son las mujeres más jóvenes las que menos dejan de fumar y las más mayores las que más dejan (tabla 2), si bien esto no está en concordancia con lo que publican algunos estudios. Svenson<sup>(19)</sup>, en cuyo estudio son las mujeres más mayores las que menos dejan de fumar, argumenta que éstas tienen hábitos más establecidos y pueden ser más refractarias a cualquier cambio, sobre todo si ya tienen hijos normales, y por el contrario las mujeres más jóvenes dejan más de fumar porque son más adaptables y porque la duración del consumo es menor.

Nuestro centro es uno de los que atiende un mayor porcentaje de mujeres de nacionalidad extranjera de Barcelona. Las gestantes fumadoras extranjeras dejaban de fumar en mayor proporción que las nacidas en Barcelona o en el resto de España.

Encontramos que son las mujeres con estudios primarios o sin estudios las que dejan de fumar en menor proporción que las mujeres con más educación. El nivel de educación bajo como predictor del fracaso a la hora de dejar de fumar es también constante en los estudios recogidos en la literatura<sup>(11,18,19,21,22)</sup>.

El inicio del hábito tabáquico a edad tardía en nuestro estudio resultó tener un efecto negativo sobre el abandono ya que son las mujeres que comienzan a fumar a partir de los 18 años las que dejan de fumar en una proporción inferior (tabla 3). No encontramos diferencias en cuanto a número de años de hábito tabáquico, pero, al igual que en el estudio de Wakefield<sup>(23)</sup>, el haber intentado dejar de fumar al menos en una ocasión se asoció con una mayor proporción de abandono durante la gestación y a largo plazo.

La observación de que las mujeres que no tienen pareja dejan menos de fumar que aquellas que conviven o están casadas fue también realizada por Svenson<sup>(19)</sup> y Dejin-Karlsson<sup>(22)</sup>, aunque Wisborg<sup>(21)</sup> no encuentra relación con el estado civil. En la literatura el hecho de que la pareja también fume se cita como uno de los principales predictores de fracaso del abandono del hábito tabáquico durante la gestación<sup>(19,21,23,24)</sup>, pero en nuestro estudio la diferencia es muy pequeña (tabla 4). Al igual que numerosos autores<sup>(19,20,23,25)</sup> encontramos además que vivir o trabajar en un ambiente de fumadores no sólo tiene un efecto nocivo por ser fumador pasivo, sino que es además un factor negativo la hora de dejar de fumar.

En cuanto al abandono a largo plazo, medido a los 6 meses, al igual que aparece reflejado en la literatura<sup>(26)</sup>, en nuestro estudio el número de cigarrillos fumados al día en el momento del diagnóstico de la gestación está en relación inversa al abandono. En nuestro estudio son predictores de éxito a la hora de dejar de fumar a largo plazo el haber realizado al menos un intento previo de dejar de fumar, el realizar lactancia materna más de 6 semanas y el haber nacido en Barcelona frente a otros orígenes. La media de edad de las mujeres que siguen sin fumar es ligeramente superior a la de las que recurren. Según algunos autores el hecho de que la pareja no sea fumadora desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la abstinencia al tabaco<sup>(24)</sup>; sin embargo, esto no ha sido observado en nuestro estudio.

En resumen, el incremento del tabaquismo en las mujeres en edad reproductiva en nuestro medio se ha traducido en que más de un tercio de las mujeres que se quedan embarazadas son fumadoras. Tan sólo una cuarta parte deja de fumar durante la gestación y el efecto global del embarazo en el abandono del hábito tabáquico se sitúa en un 10%. Las tasas de abandono durante la gestación y a largo plazo en nuestra población son, por tanto, de las más bajas

encontradas en la literatura. Como en otros estudios, la abstinencia es más frecuente entre las gestantes que fuman menos y las que siguen un mejor control prenatal, mientras que la mayor incidencia de recaídas se produce entre las que fumaban más antes de la gestación y las que no realizan lactancia materna. Entre las potenciales limitaciones de nuestro estudio debemos destacar la representatividad de la población estudiada, la validez de la autodeclaración del hábito tabáquico y el sesgo de selección introducido por las no respuestas en el seguimiento telefónico.

Los esfuerzos desde el nivel asistencial deberían ser dirigidos a aumentar la proporción de mujeres que dejan de fumar tras la primera visita prenatal, que es el momento en que se produce el contacto

con el sistema sanitario, así como aumentar la proporción de mujeres que continúan sin fumar a largo plazo. El conocimiento de esta situación nos ha llevado a desarrollar un proyecto para evaluar el impacto de una intervención para dejar de fumar, basada en el consejo médico integrado a la consulta antenatal, sobre la tasa del abandono del hábito tabáquico durante el embarazo y a largo plazo.

#### AGRADECIMIENTOS

A los doctores David Jumilla, Joaquim Enguix y Hadiatu Mohamed por su ayuda desinteresada en la realización de las encuestas. Al FIS por la financiación parcial de este proyecto.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbí JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992. *Rev Clín Esp* 1996;196:359-64.
- 2 Franceschi S, Naett C. Trends in smoking in Europe. *European Journal of Cancer Prevention* 1995;4:271-84.
- 3 Simpson, WJ. A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1957;73:808-15.
- 4 Kendrick JS, Merritt RK. Women and smoking: an update for the 90s. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:528-35.
- 5 Castellanos ME, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: magnitud del problema y prevención desde los servicios sanitarios. *MCF* 1998;21;111(17):670-4.
- 6 Williamson DF, Serdula MK, Kendrick JS, Binko NJ. Comparing the prevalence of smoking in pregnant and nonpregnant women. *JAMA* 1989;261:70-4.
- 7 Stressguth PH, Darby BL, Barr HM, Smith JR, Martin DC. Comparison of drinking and smoking patterns during pregnancy over a six years period. *Am J Obst Gynecol* 1983;145:761-24.
- 8 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta nacional de salud de 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- 9 Some Like it «Light» Women and smoking in the European Union. European Network for smoking prevention. Nov 1998.
- 10 Bolumar F, Rebagliato M, Hernández I, du V Florey C. Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women. *J Epidem Com Health* 1994;48:36-40.
- 11 Mas R. Who quits smoking during pregnancy? *Scand J Soc Med* 1996;24(2):102-6.
- 12 Haslam C, Draper ES, Goyder E. The pregnant smoker: a preliminary investigation of the social and psychological influences. *J Public Health Med* 1997;19(2):187-92.
- 13 Panjari M, Bell RJ, Astbury J, Bishop SM, Dalais F, Rice GE. Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1997;37(3):271-8.
- 14 Jane M, Nebot M, Badi M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC, Querol A, Cabero J. Factores determinantes del abandono del hábito tabáquico durante la gestación. *Med Clín (Barc)* 2000;114(4):132-5.
- 15 Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, Glenday M. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:409-13.
- 16 Velice WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG. 1992 Assessing outcome in smoking cessation studies. *Bull* 1984;251:911-5.
- 17 Castellanos ME, Muñoz MI, Nebot M, Payá A, Rovira MI, Planas S, Sanromá M, Carreras R. Validez del consumo declarado de tabaco en el embarazo. *Atención Primaria* 2000 (en prensa).
- 18 Olsen J. Predictors of smoking cessation in pregnancy. *Saund J Soc Med* 1993;21(3):197-202.
- 19 Svenson HH, Andrews JA, Linchtenstein A, Wall M, Zoref L. Predictors of smoking during and after pregnancy: a survey of mothers and newborns. *Prev Med* 1995;24(1):23-8.
- 20 Quinn VP, Mullen PD, Ershoff DH. Women who stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relapse before delivery. *Addict Behav* 1991;16(1-2):29-40.
- 21 Wisborg K, Henriksen TB, Hedegaard M, Scher NJ. Smoking among pregnant women and significance of sociodemographic factors on smoking cessation. *Ugeskr Laeger* 1996;158(26):3784-8.

- 22 Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, Ranstam J, Isacson SO, Sjoberg NO. Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy - a popular study of women in their first pregnancy in Sweeden. *J Epidemiol Community Health* 1996;50(1):33-9.
- 23 Wakefield M, Gillies P, Graham H, Madeley R, Symonds M. Characteristics associated with smoking cessation during pregnancy among working class women. *Addiction* 1993;88(10): 1423-30.
- 24 Nafstad P, Botteen G, Hagen J. Partner's smoking: a major determinant for changes in women's smoking behaviour during and after pregnancy. *Public Health* 1996;110(6):379-85.
- 25 Forrest D, Horsley S, Roberts E, Barrow S. Factors relating to smoking and pregnancy in the North Western Region. *J Public Health Me* 1995;17(2):205-10.
- 26 Mullen PD, Quinn VP, Ershoff DH. Maintenance of nonsmoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy. *Am J Public Health* 1990;80(8):992-4.
- 27 Scheibermeir M, O'Connell KA. In harm's way: childbearing women and nicotine. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26(4):477-84.
- 28 Ruiz-Pardo MJ, Nerín I. Tabaco y embarazo. *Revista de la Sociedad Española de Patología Respiratoria* 1996. p. 10-3.