

Dejar de fumar durante el embarazo

Joan R. Villalbí

Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.



El tabaquismo es la principal causa aislada de mortalidad, invalidez y enfermedad evitables en España. Los fumadores se exponen diariamente a miles de sustancias químicas con efectos adversos sobre la salud. Por ello, lo más importante que puede hacer un fumador para mejorar su salud en general es dejar de fumar, algo que cada día emprenden muchos fumadores, aunque desgraciadamente con una tasa de recaídas muy elevada. Así, una de las cosas más relevantes y sencillas que los profesionales podemos hacer por nuestros pacientes fumadores es aconsejarles dejar de fumar y ayudarles en este proceso. En los últimos años, estas cuestiones se han ido imponiendo en nuestro país¹. El conocimiento público de los riesgos de fumar ha avanzado, y la frecuencia del tabaquismo ha disminuido notablemente entre los varones, pasando del 55% en 1987 al 41% en 2001. La mayoría de los fumadores dicen que su médico les ha aconsejado dejar el tabaco (en una encuesta en 1982, eran pocos los que así lo decían, y algunos declaraban que su médico compartía con ellos un pitillito). Sin embargo, en España siguen fumando demasiadas personas, y el tabaquismo entre las mujeres se ha mantenido durante los últimos años en torno al 27%, aunque algunos datos parciales recientes sugieren que se está produciendo un primer descenso².

El tabaquismo femenino plantea diversas cuestiones especiales³. En efecto, las mujeres no fuman como los varones: no fuman en pipa ni puros, sino únicamente cigarrillos, apenas consumen tabaco negro y sin filtro, su consumo diario es menor, y son mayores consumidoras de cigarrillos *light*. Además, el proceso de dejar de fumar en las mujeres se ve afectado por ciertas consideraciones, entre las que destaca el miedo a engordar, que los profesionales hemos de comprender e integrar para poder contribuir con mayor eficacia a la cesación.

Una característica peculiar del tabaquismo femenino es la notable proporción de mujeres fumadoras que abandonan el consumo durante el embarazo. Están bien establecidos los efectos del tabaco sobre el feto, de los que el más notable es la disminución del peso al nacer, que comporta una mayor proporción de recién nacidos de bajo peso entre las mujeres fumadoras. Por tanto, el abandono del tabaquismo por las gestantes es una acción beneficiosa para la salud infantil, y también para la de la madre⁴. Lamentablemente, muchas de estas mujeres reinician el consumo de tabaco apenas culminado el parto. Podríamos hacer disquisiciones acerca de la fuerza del amor materno; en cualquier caso, se pone de manifiesto que han dejado de fumar durante la gestación pensando más en sus hijos que en sí mismas.

Los efectos negativos del tabaco en la salud infantil no se limitan al período intrauterino: los niños que crecen en este entorno sufren consecuencias negativas del humo ambien-

tal de tabaco que respiran. La más importante es la relación demostrada entre la exposición al humo ambiental de tabaco y la muerte súbita del lactante. Pero es también muy relevante, la mayor incidencia de asma en los niños expuestos por su frecuencia relativamente elevada y su carácter crónico. Hay también una mayor frecuencia de otras enfermedades respiratorias y de otitis media. Por tanto, es pertinente el estudio del tabaquismo durante el embarazo y su abandono por parte de las gestantes. Diversos trabajos descriptivos se han aproximado al tema en los últimos años, tanto en España como en otros medios⁵⁻⁸; en nuestro contexto destaca el de Salvador et al⁸, que señala la evolución temporal de la prevalencia inicial y el abandono del tabaquismo en una muestra representativa de una población claramente definida.

El trabajo de Martínez Frías⁹ y su equipo, basado en los datos del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) y publicado en este mismo número de la revista, aporta nuevos datos de valor. Permite apreciar una clara estabilización del consumo durante el embarazo en la última década, tras fuertes incrementos anteriores. Muestra también que las mujeres de mayor nivel de instrucción, que fueron las primeras en fumar, son ahora también las primeras en dejar de fumar. Aunque durante algunos años la relación del tabaquismo con el sexo estaba confundida por el efecto de la edad y el nivel socioeconómico o de instrucción^{10,11}, hoy hay datos que demuestran que el patrón tabáquico femenino por clase social en España se aproxima al masculino. Actualmente, las mujeres de clase social alta dejan de fumar con mayor frecuencia que las de clase social baja, y lo hacen antes. Incluso entre las mujeres universitarias se ha apreciado una relación entre el mayor nivel formativo y el hecho de no fumar¹². En congruencia con este patrón, las mujeres de clase social alta fuman ahora menos durante el embarazo que las de clase social baja. Dado el reciente incremento de la población inmigrante en España, es de interés el análisis realizado sobre la prevalencia del tabaquismo en grupos étnicos, que sugiere un menor consumo entre las inmigrantes.

Las diferencias apreciadas entre los distintos territorios deben valorarse con cautela, dado el carácter no poblacional del ECEMC. Sin embargo, la continuidad y la estabilidad del estudio permiten dar cierto valor a los cambios apreciados en cada unidad territorial durante el período, que muestran incrementos muy notables en Murcia y Castilla-La Mancha, comunidades que claramente se beneficiarían de la puesta en marcha de programas de prevención del tabaquismo.

Es relevante conocer la proporción de mujeres que abandonan el tabaco durante el embarazo, aunque la fuente de los datos de este trabajo no haya permitido estimarla de forma directa. Ésta varía según los estudios, aunque de manera general oscila entre un 35 y un 40% de las fumadoras, y el abandono se produce principalmente al conocerse el estado de gestación. Este porcentaje se incrementa probablemente en la medida en que los centros sanitarios se incorporan al abordaje del tabaquismo: la distinta proporción en que hoy día lo hacen en España puede explicar las diferencias ob-

Correspondencia: Dr. J.R. Villalbí.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: jrvillal@aspb.es

Recibido el 13-9-2004; aceptado para su publicación el 22-9-2004.

servadas entre los distintos estudios. El conocimiento de la situación debe estimular las intervenciones. Todos los centros sanitarios deben ser espacios libres de humo, que impartan claramente el mensaje social de que fumar no es socialmente aceptable, y las gestantes han de recibir el consejo de dejar de fumar y la ayuda para hacerlo¹³. Abordar el tabaquismo de sus pacientes es parte de la tarea de todos los clínicos; abordar el de las gestantes fumadoras es una necesidad por parte de los profesionales comprometidos con la mejora de la salud de la madre y el niño. Tenemos datos que muestran que el consejo profesional tiene una repercusión favorable sobre ello, por lo que hay que incorporar esta tarea a la rutina asistencial, de forma integral¹⁴. Además, es útil y valioso esforzarse en mantener el abandono del tabaco más allá del parto, tanto para la salud de la mujer como de su descendencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sáiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortes M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:441-73.
2. Villalbí JR, Tomas Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. *Rev Clin Esp*. 2004;204:312-6.
3. Joosens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev Esp Salud Pública*. 1999;73:3-11.
4. García-Algar O, Pichini S, Pacifici R, Castellanos E. Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2003;32:481-91.
5. Castellanos E, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: magnitud del problema y prevención desde los servicios sanitarios. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:670-4.
6. Baños JE, Jiménez E, Cos R, Cayuela E, Foradada C, López A, et al. El embarazo como factor modulador del consumo de tabaco y alcohol. *Aten Primaria*. 1998;22:150-7.
7. Mas R, Escriba V, Colomer C. Who quits smoking during pregnancy? *Scand J Soc Med*. 1996;24:102-6.
8. Salvador J, Villalbí JR, Nebot M, Borrell C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación: Barcelona, 1994-2001. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:139-41.
9. Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, por comunidades autónomas y por características maternas. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:86-92.
10. Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:56-68.
11. Schiaffino A, Fernandez E, Borrell C, Salto E, García M, Borrás JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health*. 2003;13:56-60.
12. García de Albéniz XA, Guerra Gutiérrez F, Ortega Martínez R, Sánchez Villages A, Martínez González MA. Consumo de tabaco en titulados universitarios. El proyecto SUN. *Gac Sanit*. 2004;18:108-17.
13. Blasco Oliete M, Sanz Cuesta T, Girbes Fontana M, Pascual Malanda M, Ortiz Valdepeñas M, García López L. Efectividad de dos intervenciones sanitarias para conseguir el abandono del consumo de tabaco en embarazadas. *Aten Primaria*. 2004;33:277-83.
14. Castellanos E, Nebot M, Rovira MT, Paya A, Muñoz MI, Carreras R. Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. *Aten Primaria*. 2002;30:556-60.