

Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente

Esteve Fernández^{1,2}
Anna Schiaffino¹
Mercè Peris¹

¹Servicio
de Prevención
y Control del Cáncer,
Institut Català
d'Oncologia

²Departamento
de Salud Pública
Universidad
de Barcelona

Correspondencia:
Esteve Fernández,
Servicio de Prevención
y Control del Cáncer
Institut Català d'Oncologia
Av. Gran Via s/n, Km 2,7
08907 L'Hospitalet
(Barcelona)
E-mail:
efernandez@ico.scs.es

Introducción

Es bien conocido que el consumo de tabaco es la causa de mortalidad prevenible más importante en los países europeos, en los que da cuenta de más de medio millón de muertes anuales¹, de las cuales la mitad corresponden a personas de menos de 70 años². En España, unas 56.000 muertes anuales son atribuibles al consumo de tabaco³, de las que casi 4.000 se producen en mujeres, en su mayoría antes de los 65 años. La dependencia del tabaco constituye una de los mayores problemas de salud en los varones, y se ha configurado como un problema de salud emergente en las mujeres. Concretamente, la prevalencia de consumo de tabaco puede aumentar hasta un 20% en el próximo cuarto de siglo, si no se implementan acciones preventivas y de tratamiento del tabaquismo. Este aumento del consumo de tabaco conducirá al incremento de la incidencia de cáncer de pulmón, que podría convertirse en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, no sólo en los países desarrollados sino también en los países en vías de desarrollo, como ya lo es entre los hombres. El objetivo de este trabajo es presentar sucintamente las principales características del consumo de tabaco en las mujeres, por lo que respecta a prevalencia del mismo e impacto sobre su salud.

Prevalencia del consumo de tabaco en mujeres

Según estimaciones derivadas del Proyecto "Tabaco o Salud", la prevalencia de consumo de cigarrillos en la región europea de la OMS era del 43,5% en hombres y del 23,4% en mujeres, lo que representa aproximadamente unos 229 millones de fumadores (144,3 millones de hombres y 84,7 millones de mujeres)⁴. Otro estudio con información sobre tabaquismo en 12 países europeos, referida a inicios de

los años 1990, muestra que existen diferencias en las prevalencias según el género⁵. Se observa una mayor prevalencia de tabaquismo en las mujeres con menor nivel de estudios en el Reino Unido, Noruega y Suecia, mientras que en los países del sur de Europa la proporción de fumadoras es mayor entre las de mayor nivel educativo⁶. Además, la manera de fumar de hombres y mujeres es diferente, las mujeres fuman menos cigarrillos al día que los hombres, prefieren los cigarrillos con filtro, el tabaco rubio y los cigarrillos bajos en nicotina, y no suelen fumar cigarrillos de liar, ni puros ni pipas⁶.

Las tendencias en la prevalencia del tabaquismo en España en los últimos años muestran un descenso de la misma en los hombres pero no así en las mujeres. Según los datos de la Encuesta Nacional de Sanidad de 1997, el 41,4% de los hombres y el 25,4% de las mujeres declara fumar diariamente. Así mismo, y según esta misma encuesta, el tabaquismo es más prevalente entre los hombres con menor nivel de estudios o de clases sociales desfavorecidas. En las mujeres españolas, sin embargo, el consumo es más frecuente en las mujeres de clase social bienestante⁷.

Lopez *et al.* han clasificado de manera teórica a las poblaciones en diferentes fases según un modelo descriptivo de la epidemia de tabaquismo en cuatro etapas o fases (Figura 1)⁸. En la fase I el tabaquismo es excepcional y típico de las clases aventajadas. En la fase II el consumo de tabaco se hace más prevalente, sobretudo en hombres y con mayor nivel social. Durante la fase III la prevalencia en hombres empieza a reducirse, sobretudo en aquéllos de mayor posición socioeconómica, mientras que las mujeres, que llevan un retraso entre 20 y 30 años respecto a los hombres, alcanzan la máxima prevalencia. En la fase IV la prevalencia del consumo se reduce en hombres y mujeres, y en ambos sexos, es más elevado en las clases sociales desfavorecidas. Así, en términos generales, el tabaquismo empieza a extenderse en los

grupos más favorecidos y después prosigue entre los menos favorecidos, y en primera instancia en los hombres con una posterior incorporación de las mujeres, como sucede también con otros comportamientos de acuerdo con la "teoría de difusión de las innovaciones"⁹.

Las poblaciones del sur de Europa, incluyendo España, presentan una disminución de la prevalencia en los hombres y aumento de la prevalencia en las mujeres¹⁰, típica de la fase III. En España, la incorporación masiva de las mujeres al consumo de tabaco empezó a finales de la década de los sesenta e inicio de los setenta, particularmente a expensas de mujeres con estudios universitarios o medios. En la actualidad no existen diferencias en el patrón de inicio según el género, aunque es más elevado en las clases desfavorecidas¹¹. Existen además diferencias sociales apreciables en el patrón de abandono. Aunque la proporción de abandono ha aumentado en los hombres, la tendencia al abandono es más marcada en aquéllos de mayor nivel educativo, mientras que en las mujeres la proporción de abandono sólo aumentó en las universitarias de mediana edad¹².

Es evidente, pues, que existen diferencias de género y socioeconómicas respecto al tabaquismo. Las tendencias mencionadas respecto al consumo de tabaco en España apuntan que durante los primeros diez o veinte años de este tercer milenio vamos a asistir al incremento de las diferentes enfermedades en las mujeres relacionadas con el consumo de tabaco. El problema, en el contexto internacional, es de tal envergadura que la Organización Mundial de la Salud le ha dedicado un especial interés, con la reciente publicación de un informe monográfico sobre "Mujeres y la epidemia del tabaco"¹³ que aborda globalmente el problema que vamos a afrontar durante el recién estrenado siglo XXI. Igualmente, el último Informe de la máxima autoridad norteamericana en materia de sanidad se ha dedicado también a este problema emergente¹⁴.

Efectos del tabaco sobre la salud de las mujeres^{15,16}

Tabaco y salud reproductiva

Las mujeres fumadoras presentan un mayor riesgo de infertilidad primaria y secundaria, así como de retrasos en la concepción. No existe una evidencia firme en el sentido que el tabaquismo sea causa de disfunciones menstruales por lo que se refiere a la regularidad del ciclo, aunque sí parece ser que el

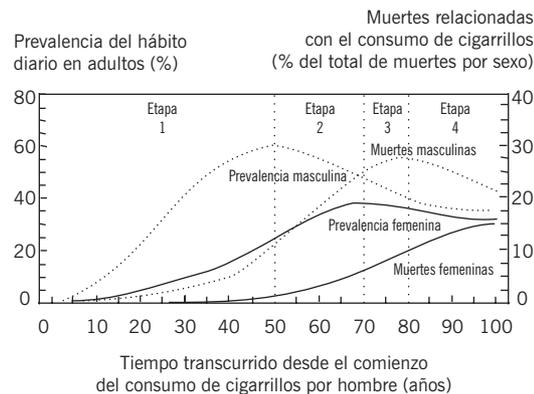


Figura 1. Etapas de difusión del consumo de tabaco (Fuente: López et al.⁹)

tabaquismo está relacionado con un mayor riesgo de dismenorrea y menopausia prematura. Las mujeres fumadoras, asimismo, tienen mayor riesgo de trastornos en la implantación de la placenta, rotura prematura de membranas y parto pretérmino¹⁵. Es bien conocido que los niños y niñas nacidos de madres fumadoras pesan como promedio 250 g menos que los de madres no fumadoras, y que la frecuencia de lactancia materna y su duración es menor también en el caso de madres fumadoras. Se ha descrito también una mayor proporción de prematuridad, muerte neonatal y muerte súbita en hijos de madres fumadoras¹⁷.

Tabaco y enfermedad cardiovascular

En España, como en la mayoría de países desarrollados, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en mujeres, por delante de los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio¹⁸. En la Figura 2 se muestran las tasas estandarizadas (población mundial) de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en mujeres en 22 países europeos en el año 1996 (en algunos países en 1995 o 1994). Podemos observar claramente un patrón norte-sur en la mortalidad, con tasas 5 ó 6 veces superiores en los países del centro, este y norte de Europa (Hungria, Rumanía, Irlanda, Bulgaria y Finlandia), en comparación con las tasas en los países del sur de Europa (Francia, España, Portugal o Italia). Este gradiente se corresponde con el descrito anteriormente para el consumo de tabaco. Numerosos estudios epidemiológicos, tanto de cohortes como de casos y controles, han puesto de manifiesto que las mujeres fumadoras presentan un mayor riesgo de padecer este grupo de enfermedades, incluyendo el infarto agudo de miocardio¹⁵. Este aumento de riesgo es más notable en las mujeres jóve-

Figura 2.
Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en mujeres en 22 países europeos (Fuente: WHO mortality database)

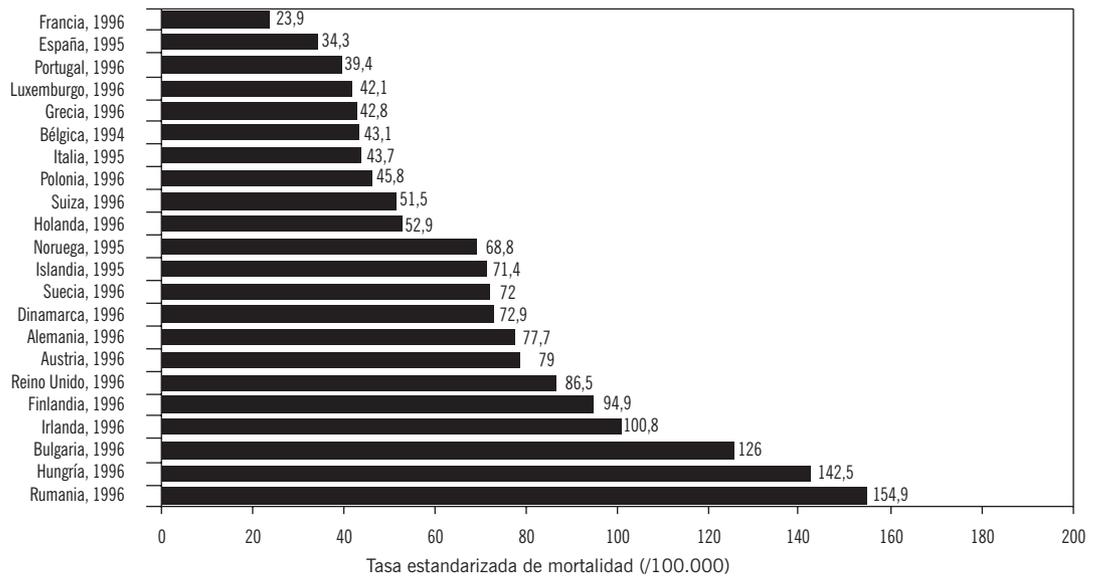
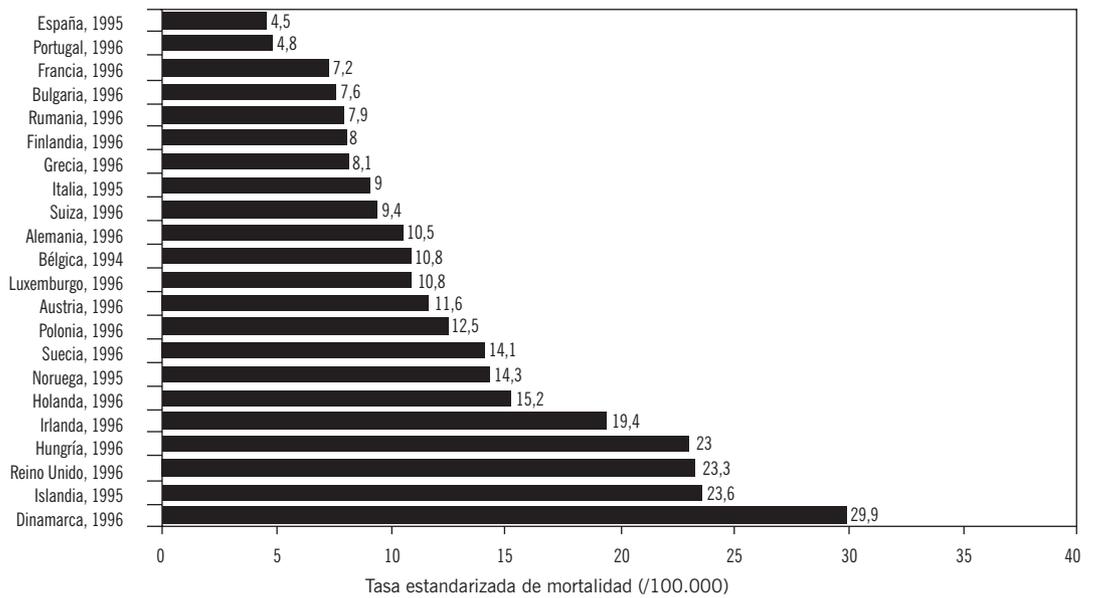


Figura 3.
Mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón en mujeres en 22 países europeos (Fuente: WHO mortality database)



nes que en las de mayor edad, y se ha puesto de manifiesto una clara relación dosis-respuesta tanto con el número de cigarrillos fumados, con la duración y con la edad de inicio del consumo de tabaco. Un tema controvertido en la literatura ha sido la posible interacción entre consumo de anticonceptivos orales y tabaco como factores de riesgo cardiovascular. Los estudios más recientes, que tienen en cuenta

la dosificación y la formulación de los anticonceptivos modernos, señalan que existe cierto exceso de riesgo de enfermedad cardíaca en las grandes fumadoras que toman anticonceptivos orales.¹⁶ Finalmente, cabe mencionar que síntesis recientes de la literatura han mostrado un aumento del riesgo de accidente vascular cerebral (isquemia y hemorragia) en las mujeres fumadoras.

Tabaco y cáncer en mujeres

Según el estudio de Peto *et al.*¹⁹ el 47% de las muertes por cáncer en hombres y el 14% de las muertes por cáncer en mujeres son atribuibles al tabaco. Al igual que en los hombres, numerosos estudios han puesto de manifiesto un mayor riesgo de cáncer de pulmón (y de otras localizaciones, como boca y faringe, laringe, esófago, vejiga urinaria, páncreas o riñón) en las fumadoras que en las no fumadoras, con claras relaciones dosis-respuesta según el número de cigarrillos consumidos, la edad de inicio y la duración del tabaquismo. En la Figura 3 se presentan las tasas estandarizadas (población mundial) de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres en 22 países europeos en el año 1996 (en algunos países en 1995 o a 1994). Podemos apreciar que existe un rango de variación entre 4 y 5 en los países con tasas más elevadas (Dinamarca, Islandia y Reino Unido) y los países con tasas más bajas (España, Portugal y Francia), relacionado claramente con la difusión del tabaquismo ya mencionada. En España, la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres ha aumentado recientemente (un 11% entre 1987 y 1997) situándose en la actualidad entre las cinco primeras causas de muerte por cáncer^{20,21}. El incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón y del resto de tumores relacionados con el tabaco (Tabla 1) ha ido parejo a un aumento de su incidencia²².

Algunos estudios han puesto de manifiesto un mayor riesgo relativo de desarrollar algunos tipos de cáncer (en concreto de pulmón y riñón) en las mujeres fumadoras que en los hombres fumadores, en comparación con los no fumadores. Esta diferencia podría estar relacionada con diferencias a nivel biológico como la potencial interacción entre las hormonas sexuales y los carcinógenos. El debate en este sentido está abierto²³.

Tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Las mujeres fumadoras, como los hombres fumadores, tienen un mayor riesgo de desarrollar y morir por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que las mujeres no fumadoras. Como en el caso del cáncer de pulmón, el riesgo aumenta con la intensidad y la duración del consumo. El consumo de tabaco está relacionado con pérdidas prematuras de la capacidad pulmonar²⁴, y según un gran estudio norteamericano de seguimiento, hasta el 90% de los casos de EPOC en mujeres se explican por el consumo de tabaco²⁵.

Tabaco y osteoporosis

La pérdida de densidad mineral ósea que puede producirse en menor o mayor grado con el aumento de edad y, sobretodo, con la menopausia, puede incrementarse notablemente en las mujeres fumadoras²⁶. El riesgo de padecer una fractura de cadera (relacionada con la pérdida ósea mencionada) en las fumadoras es mayor en las fumadoras que en las no fumadoras, como han puesto de manifiesto numerosos estudios^{27,28}.

Comentario

Existen diferentes factores que determinan el inicio y el mantenimiento de la dependencia del tabaco en las mujeres^{29,30}. La experimentación con el tabaco se produce normalmente en la adolescencia temprana, entre los 11 y los 16 años de edad.

Entre los *factores sociodemográficos relacionados con el inicio* contamos con la edad, el tamaño de la

Causa	Tasa 1987	Tasa 1997	%cambio anual	%cambio 1997-87
Cáncer de cavidad bucal y faringe	1,09	1,30	0,77	19,27
Cáncer de esófago	1,03	0,77	-1,26	-25,24
Cáncer de páncreas	4,8	5,42	0,53	12,92
Cáncer de laringe	0,31	0,20	-1,89	-35,48
Cáncer de pulmón	5,48	6,09	0,46	11,13
Cáncer de vejiga	1,99	1,86	-0,29	-6,53
Cáncer de riñón	1,54	1,81	0,70	17,53

Fuente: López-Abente *et al.*²⁰

Tabla 1.
Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) ajustadas por edad (población europea) por cáncer relacionados con el tabaco y porcentaje de cambio, 1987 y 1997, en mujeres en España

familia, su estructura y la posición socioeconómica de los padres. Todos estos factores se interrelacionan y sobrepone, y es difícil separar el efecto de unos y otros en algunos estudios. Los *factores socioculturales relacionados con el inicio* incluyen la influencia de los padres, de manera que el consumo de tabaco del padre y de la madre favorece la iniciación por el efecto modélico, que parece tener más importancia en el caso de las adolescentes³¹. Otro importante determinante del inicio tiene que ver con la influencia de los amigos, aunque parece ser que este aspecto tiene menor relevancia en las chicas. Un tercer factor cultural relacionado con el inicio del tabaquismo reside en la publicidad y las campañas promocionales de las compañías tabaqueras. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la gran influencia de este tipo de campañas en los adolescentes, que en muchos casos van dirigidas específicamente a las chicas^{32,33}.

Por lo que respecta al *mantenimiento del consumo*, se deben considerar *factores fisiológicos* relacionados con la dependencia a la nicotina y *factores psicológicos* como la depresión, el estrés y el peso corporal. En relación a la dependencia, no está claro todavía si la nicotina afecta a hombres y mujeres de manera diferente³⁴. Respecto a los factores psicológicos, parece que las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas, que en muchos casos están al mismo tiempo relacionadas con una menor posición social, o con los múltiples roles que deben mantener y la sobrecarga emocional adicional que soportan. El consumo de tabaco de muchas mujeres está relacionado con su imagen corporal y en concreto con el mantenimiento de su peso. La controvertida asociación entre abandono del consumo de tabaco y aumento de peso es uno de los mayores impedimentos en los programas de abandono dirigidos a mujeres³⁵.

Los cambios políticos, sociales y económicos acaecidos en España en las últimas cinco décadas pueden explicar en buena parte porqué la epidemia de tabaquismo en las mujeres empezó más tarde aquí en relación a otros países europeos. El acceso a estudios superiores de las mujeres en los últimos 30 años es remarcable, así como su incorporación masiva a la fuerza de trabajo remunerado. En consonancia con esto, las campañas de la industria tabaquera en las últimas décadas han tratado de asociar el consumo de tabaco con falsas imágenes de emancipación, independencia e igualdad, sobretudo en las mujeres jóvenes y de mediana edad y en los estratos sociales desfavorecidos. Las diferencias en la prevalencia y en el abandono pueden ser debidas a una mayor receptividad en las personas de mayor nivel de estudios y posición socioeconómica, puesto que

los mensajes de salud tradicionales se basan en la capacidad cognitiva de las personas y dependen de los cambios voluntarios de comportamiento.

Por todo ello, son necesarias actuaciones encaminadas a atajar el consumo de tabaco desde diferentes perspectivas y teniendo en consideración especial la actual situación de las mujeres. Así, necesitamos de políticas públicas decididas de lucha contra el tabaco, como el incremento del precio del tabaco y la promoción de espacios libres de humo, tanto en el entorno laboral como de ocio. Además, es prioritario promover intervenciones concretas para prevenir tanto el inicio del consumo en adolescentes y jóvenes como para promover el abandono, especialmente entre las mujeres y los grupos sociales menos favorecidos, con la adopción de nuevas estrategias y diseños, más allá de las campañas informativas inespecíficas³⁶. Las intervenciones en el mundo laboral y en situaciones especiales de la vida deben ser consideradas cuidadosamente^{37,38}.

El papel de los profesionales sanitarios en cualquier ámbito asistencial en prevenir la adicción al tabaco y promover su abandono es esencial, puesto que su contacto directo y su papel ejemplar son activos relevantes para la prevención y control del tabaquismo. En este sentido, reducir la elevada prevalencia de consumo de tabaco entre las profesionales sanitarias³⁹ debe ser también objeto de especial intervención, con un potencial impacto no sólo en las propias profesioanles sanitarias sino también en las usuarias y usuarios de los servicios sanitarios. Además, los profesionales de la salud y el propio sistema sanitario deben estar preparados para afrontar las consecuencias sanitarias y sociales del consumo de tabaco que van a ser cada vez más evidentes en las mujeres.

Agradecimientos

A Carme Borrell y Teresa Callao por sus comentarios críticos a una versión anterior del artículo.

Bibliografía

1. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* 1996;52(1):12-21.
2. World Health Organization. Smoking and premature adult mortality. *World health Statistics Annual*. Geneva: World Health Organization, 1990.
3. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A,

- Villar Álvarez F. Cada vez son más: 56.000 muertes atribuibles al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2002 (en prensa).
4. Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. *Bull WHO* 2000;78:884-90.
 5. Cavelaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM, Crialesi R, Grötvedt L, Helmer U, et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000;320:1102-7.
 6. Joossens L. La igualdad se va con el humo. *Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea*. Bruselas: European Network for Smoking Prevention, 1999.
 7. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Navarro P, Dominguez V. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med* 2001;33:241-8
 8. Lopez AD, Hollinshaw NE, Pihl T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994;3:242-7.
 9. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press; 1983.
 10. Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlfis I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med* 2000;31:691-701.
 11. Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Pub Health* 2000;9:1459-62
 12. Fernández E, Schiaffino A, García M, Borrás JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:729-30.
 13. Samet JM, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Ginebra: World Health Organization, 2001. Disponible en URL: <http://www.inwat.org/whoreport.pdf> [accedido 25/11/01]
 14. *Women and smoking. A Report of the Surgeon General-2001*. Rockville: Department of Health and Human Services, 2001. Disponible en URL: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_forwomen.htm [accedido 25/11/01].
 15. Ernster VL. Impact of tobacco use on women's health. En: Samet JM, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Ginebra: World Health Organization, 2001;1-15.
 16. Health consequences of tobacco use among women. En: *Women and smoking. A Report of the Surgeon General-2001*. Rockville: Department of Health and Human Services, 2001;183-432. Disponible en URL: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/pdfs/chp3.pdf [accedido 25/11/01].
 17. Navarro MD. Fumar para dos: tabaco y salud durante el embarazo. *Revisiones Salud Pública* 1994;4:85-98.
 18. Martínez de Aragón MV, Llácer A. Mortalidad en España en 1997. Mortalidad general, principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos. Mortalidad por Sida. *Bol Epidemiol Sem* 2000;8(23):253-64.
 19. Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78.
 20. López-Abente Ortega G, Pollán Santamaría M, Ruiz Tovar M, Aragonés Sanz N. Mortalidad por cáncer en España. Año 1994. *Bol Epidemiol Semanal* 1997;5:177-80.
 21. Fernández E, Borrás JM, Levi F, Schiaffino A, García M, La Vecchia C. Tendencias de mortalidad por cáncer en España, 1955-1994. *Med Clin (Barc)* 2000;114:449-451
 22. Borrás J, Borrás JM, Galceran J, Sanchez V, Moreno V, Gonzalez JR. Trends in smoking-related cancer incidence in Tarragona (Spain), 1980-1996. *Cancer Causes Control* 2001 (en prensa).
 23. Perneger TV. Sex, smoking, and cancer: a reappraisal. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:1600-2.
 24. Frette C, Barrett-Connor E, Clausen JL. Effect of active and passive smoking on ventilatory function in elderly men and women. *Am J Epidemiol* 1996;130:7-15.
 25. Thun MJ, Heath CW Jr. Changes in mortality from smoking in two American Cancer Society Prospective studies since 1959. *Prev Med* 1997;26:422-6
 26. Alonso Viteri S. Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la mujer. *Prev Tab* 2001;3(3):161-4.
 27. Law MR, Hackshaw AK. A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *BMJ* 1997;315:841-6.
 28. Hoidrup S, Prescott E, Sorensen TI, Gottschau A, Lauritzen JB, Schroll M, Gronbaek M. Tobacco smoking and risk of hip fracture in men and women. *Int J Epidemiol* 2000;29:253-9.
 29. Aghi M, Asma S, Yeong CC, Vaithinathan R. The marketing of tobacco to women: global perspectives. En: Samet JM, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Ginebra: World Health Organization, 2001;49-68.
 30. Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab* 2001;3:147-54.
 31. Díez E, Villalbí JR, Nebot M, Aubà J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998;110:334-9.
 32. Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA* 1998;279(7):511-5.

33. Kaufman NJ, Nichter M. The marketing of tobacco to women: global perspectives. En: Samet JM, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Ginebra: World Health Organization, 2001;69-98.
34. Brigham J. The addiction model. En: Samet JM, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Ginebra: World Health Organization, 2001;99-118.
35. Perkins KA, Levine MD, Marcus MD, Shiffman S. Addressing women's concerns about weight gain due to smoking cessation. *J Subst Abuse Treat* 1997; 14:173-82.
36. Fernández E, Borrell C. Tabaco, género y clase social. *SEMERGEN* 2001;27:403-4 [editorial].
37. Nerín I, Guillén D, Más A, González A, Gracia A. Intervenciones sobre tabaquismo en el mundo laboral. *Prev Tab* 2000;2:113-20.
38. Castellanos E, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: magnitud del problema y prevención desde los servicios sanitarios. *Med Clin (Barc)* 1998;111:670-4.
39. Gil López E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998. *Prev Tab* 2000; 2:22-31.