

Factores determinantes de tabaquismo en mujeres embarazadas atendidas en instituciones públicas de la Provincia de Tucumán, Argentina

Autores: Barrenechea Guillermo Gabriel¹, Leonardo Soares Bastos²

¹Departamento Bioquímico-Laboratorio de Salud Pública. Dirección General de Programas Integrados de Salud (PRIS). Ministerio de Salud Pública. Tucumán

²Programa de Computação Científica (PROCC). Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz. Rio de Janeiro, Brazil

Resumen

Introducción: El tabaquismo es uno de los principales problemas de Salud Pública prevenibles en el mundo. En Tucumán no existe información sobre grupos específicos como el de las embarazadas. El objetivo fue estimar la prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas y sus factores determinantes en Tucumán.

Métodos: La Población objetivo fueron mujeres embarazadas que concurren a las instituciones seleccionadas. Se utilizó la biblioteca "lme4" del software R. Se realizó análisis bivariado utilizando el test de Chi cuadrado o de Fisher según corresponda. Mediante regresión logística se determinó las variables que presentan asociación.

Resultados: La prevalencia de vida de tabaquismo fue 41.5%. El 25.3% fumaban al momento de enterarse que estaban embarazadas, de ellas 86.2% abandonaron el tabaquismo en algún momento del embarazo. Nivel de instrucción de la embarazada y de la pareja, normas en el hogar y no tener conocimiento del daño que produce fueron algunas de las variables que mostraron asociación con ser fumadoras.

Conclusiones: En este estudio se reporta una prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas del 25%. Además presenta factores determinantes en grupos poblacionales específicos sobre los cuales hay escasa información en nuestro ámbito.

Palabras claves: Tabaquismo, Mujer Embarazada, Enfermedades Crónicas

Introducción

El tabaquismo es uno de los principales problemas de Salud Pública prevenibles en el mundo¹. Es el único producto de consumo legal que provoca la muerte de entre un tercio y la mitad de sus consumidores². Un grupo importante, por la vulnerabilidad de su estado fisiológico, son las mujeres embarazadas. En efecto, el embarazo es un momento de especial motivación para que la mujer deje de fumar. De hecho, alrededor del 20% de las embarazadas dejan de fumar espontáneamente antes de contactar con los servicios sanitarios y entre las mujeres que siguen fumando la mayoría reduce el consumo de cigarrillos. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que han abandonado el tabaquismo recae antes de haber transcurrido un año desde el parto. Esto podría estar sugiriendo que no están suficientemente informadas de los efectos del tabaco en ellas mismas y, sobre todo, del humo ambiental en el niño³.

A partir del 2005 Argentina cuenta con datos de prevalencia de consumo de tabaco a partir de la Encuesta Nacional de Factores de Riego (ENFR 2005, 2009, 2013 y 2018)⁴⁻⁷. A partir de esta información,

se registra una disminución de la prevalencia de consumo de tabaco en la mayoría de las provincias y existen reportes sobre el efecto de la implementación de la legislación antitabaco y su efecto protector a nivel nacional y jurisdiccional⁸. Un punto a tener en cuenta es que la ENFR está dirigida a personas mayores de 18 años en general, por lo que podemos saber cuánto descendió la prevalencia de tabaquismo en Tucumán, pero no permite conocer que sucede con otros grupos poblacionales específicos. En Tucumán existe información sobre el impacto del tabaquismo en la mortalidad pero no sobre cuál es la prevalencia de dicho factor de riesgo en determinados grupos poblacionales como las embarazadas⁹.

En Tucumán se cuenta con legislación antitabaco desde el año 2007. Dicha ley tiene como objetivo la restricción del consumo en los espacios cerrados para evitar los daños asociados a la exposición al humo ambiental del tabaco y estimular a los fumadores a dejar o disminuir el consumo⁹.

Los efectos del tabaquismo en mujeres embarazadas son diversos. Entre ellos podemos mencionar varios efectos negativos como retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, nacimiento de mortinatos, muerte neonatal, reducción de los pulmones del lactante, problemas de desarrollo neurológico infantil y síndrome de muerte súbita infantil¹⁰⁻¹². También son conocidos los efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental en los entornos de la mujer embarazada¹³. En este estudio se pretende evaluar no solamente el tabaquismo, si no también la existencia de relación entre variables del entorno como por ejemplo: nivel económico, tener pareja fumadora, nivel educativo, consumo antes del embarazo, no creer que el tabaco afecte a la salud de la madre o del niño y qué tipo de actitud tienen dentro del hogar de la embarazada con respecto al tabaquismo¹⁴⁻¹⁷.

En este estudio el objetivo fue estimar la prevalencia, la tasa de abandono y los factores determinantes de tabaquismo en mujeres embarazadas que son atendidas en tres grandes maternidades del subsector público de Tucumán en el año 2015.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal utilizando una fuente de datos primaria. Tucumán está ubicada en la región del Noroeste Argentino. La provincia tiene 17 Departamentos con una población total de 1.511.516 habitantes, y un promedio de 30.000 nacidos vivos en los últimos años; aproximadamente en promedio el 50% se atiende en el sub-sector público de salud, y de ellos más del 90% se realiza en tres maternidades que fueron seleccionadas para este trabajo¹⁸. La Población objetivo fueron las mujeres embarazadas que concurren a las instituciones seleccionadas a realizar el parto. Se incluyeron a las mujeres que decidieron participar de forma voluntaria en el estudio y firmaron un consentimiento informado y/o un asentimiento informado en el caso de las menores de edad. No participaron aquellas mujeres que se negaron a realizar la encuesta.

Se calculó un (n) mínimo para que el estudio tenga representatividad de tabaquismo en mujeres embarazadas en las instituciones seleccionadas del subsector público. Las instituciones seleccionadas nuclean el 90% de los partos que se realizan en el subsector público de Tucumán. El cálculo de la muestra se realizó asumiendo que el 50% de las gestantes eran fumadoras al inicio de la gestación. Se estableció una precisión del 5% con un índice de confianza (IC) del 95% y asumiendo un 10% de pérdidas. Esto resulta una muestra de 300 gestantes¹⁹. Se estimó un 50% de prevalencia de tabaquismo en gestante porque no se tenía un valor de referencia de la prevalencia y este valor maximiza el número de encuestas a realizar. Durante el desarrollo del proyecto se encuestaron a 593 mujeres embarazadas pertenecientes a tres instituciones. Las mujeres se seleccionaban de forma aleatoria del listado de mujeres que habían tenido su hijo en la institución y permanecían bajo control.

Se confeccionó un cuestionario adoptando las definiciones y las preguntas de otros cuestionarios validados como la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. El instrumento se aplicó durante las 24-48 horas siguientes al parto mientras estaba internada y se averiguó de manera retrospectiva lo ocurrido durante el embarazo. Se consultaron fuentes de datos secundarias como pueden ser la Historia Clínica de la embarazada y la Historia Clínica del Recién Nacido. Las fuentes secundarias se consultaron en datos específicos como su peso inicial, Número de controles prenatales, edad gestacional, peso y talla del neonato, y otras variables.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se utilizó la función “glmer” de la biblioteca “lme4” del software R^{20,21}. Se calcularon proporciones con sus respectivos IC (95%) para ver la distribución de la variable respuesta en los distintos grupos estudiados. Se realizó un análisis bivariados entre la variable dependiente y variables seleccionadas. Para ello se utilizó el test de Chi cuadrado o de Fisher según corresponda. Mediante regresión logística se determinó cuáles son las variables que presentan asociación. Para verificar asociación en la fase exploratoria de las variables de interés se utilizó como punto de corte un nivel de significancia menor al 20% ($p < 0,20$). Por último y por tratarse de variables respuestas de distribución binomial se utilizó regresión logística para el análisis. Se utilizó un nivel de significancia del 5%. Todas las variables reportadas presentaron al menos una categoría significativa.

Definición de Variables

Variables independientes

Entre las variables independientes seleccionadas para verificar asociación se estudiaron la **Edad**, **Nivel de Instrucción** (grado de instrucción aprobado por la mujer encuestada cuyas categorías fueron: Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria y más), **Tipo de unión** (se diferenció en dos categorías, Unión estable: las mujeres casadas o en concubinato y No Estable: mujeres cuyo estado civil era soltera, divorciada o viuda), **Nivel de Instrucción de la Pareja** (grado de instrucción aprobado por la pareja o marido de la mujer. Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria y más), **Normas relativas al tabaquismo en el hogar** (se consultó cuáles eran las reglas con respecto al tabaquismo en el hogar; No Permitido, No permitido pero hay excepciones, No hay Reglas, Permitido), **Conocimiento del daño que produce el tabaquismo** (la categoría de referencia fue Si posee conocimiento, seguido de No Sabe y por último No); **Ley de Espacios 100% Libre de Humo** (tres categorías A favor, No Sabe y En Contra) y al **aumento del Precio** a través del aumento de los impuestos al cigarrillo (también tres categorías A favor, No Sabe y En Contra).

Para describir las condiciones socioeconómicas de las mujeres se evaluó la situación socioeconómica de las mujeres embarazadas a través del **Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)** que identifica múltiples privaciones individuales en materia de educación, salud y nivel de vida (dimensiones)²². A cada embarazada se le asignó un puntaje según las privaciones que experimenta su hogar en cada uno de los 10 indicadores del componente. El puntaje máximo es 100% y cada dimensión recibe la misma ponderación 1/3 (por lo tanto, el puntaje máximo en cada dimensión es 33,3%). Para identificar a las pobres multidimensionales se suman los puntajes de privación de cada hogar y así obtener la privación total del hogar con el Índice de pobreza Multidimensional teniendo en cuenta las siguientes categorías:

Vulnerables: porcentaje de carencias entre 20-32,9%

Pobres: Porcentaje de carencias mayor o igual al 33%.

Pobreza extrema: porcentaje de carencias mayor al 50%.

Variables Dependientes

Entre las variables dependientes estudiadas tenemos:

Tabaquismo: Se consideró tabaquista a la mujer que respondía que durante su vida había fumado más de 100 cigarrillos o en los treinta días anteriores de haberse enterado que estaba embarazada había fumado cigarrillos. **Abandono:** A la mujer tabaquista se le preguntó si al enterarse que estaba embarazada dejó de fumar o siguió fumando. **Prevalencia de vida:** se le preguntó si había fumado alguna vez en la vida al menos 10 cigarrillos.

Entre las consideraciones éticas el presente estudio contó para su realización con la aprobación del Comité de ética en Investigación en Salud dependiente del Ministerio de Salud Pública de Tucumán, Argentina.

Resultados

La mediana de edad de las mujeres encuestadas es de 23 años [Rango Intercuartílico (RI): 20-29 años] con un mínimo de 13 y un máximo de 47 años. El 48,6% de los partos fueron por cesárea y solo el 8.0% tenían menos de tres controles prenatales. Se obtuvo la distribución de mujeres fumadoras y no fumadoras en cada uno de los niveles del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Figura 1).

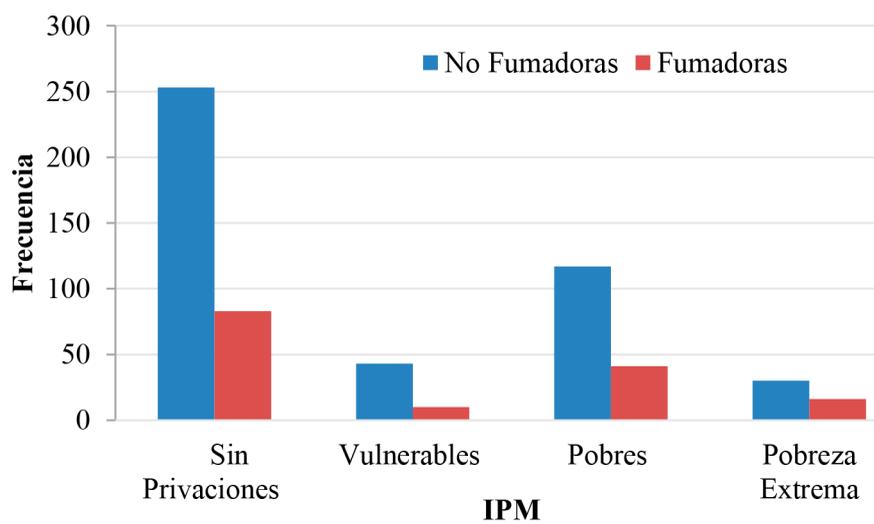


Figura 1. Distribución de mujeres encuestadas según Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). Tucumán, 2015.

La mayoría de las mujeres pertenecían al grupo de mujeres sin privaciones.

La prevalencia de vida de tabaquismo entre las mujeres encuestadas fue del 41,5% y la mediana de edad de inicio fue de 15 años [RI: 14-17 años]. El 25,3% de las mujeres fumaban al momento de enterarse que estaban embarazadas. La mediana de consumo de estas mujeres fue de 4 cigarrillos por día [RI: 2-10] (min: 1, Max: 30). En aquellas mujeres que siguieron fumando durante el embarazo la mediana de consumo disminuyó a 3 cigarrillos diarios [RI: 2-5] (min: 1, Max: 20).

El 86,2% de las mujeres que fumaban al momento de enterarse que estaban embarazadas, abandonaron el tabaquismo en algún momento del embarazo. Un 32,2% lo hicieron al momento de enterarse que estaban embarazadas, 42,1% en el primer trimestre, 9,2% durante el segundo, 2,6% en el tercer trimestre y un 13,9% nunca dejó de fumar durante el embarazo. La mediana de consumo de las embarazadas que nunca abandonaron fue de 5 cigarrillos por día [RI: 3-5] (min: 1, Max: 20).

En la **Tabla 1** se presenta el porcentaje de mujeres tabaquistas según variables estudiadas. En ella se observa un aumento del porcentaje de mujeres fumadoras a medida que disminuye tanto su nivel de instrucción como el de la pareja. Así mismo, se ve un aumento de la proporción de mujeres fumadoras a medida que las normas con respecto a fumar dentro del hogar son más débiles o no existen donde la mujer vive.

En la **Tabla 2** se presentan los valores de los estimadores junto con sus intervalos de confianza de aquellas variables que a nivel individual resultaron significativas.

Regresión Logística

Se reportaron aquellas que resultaron significativas en al menos una categoría.

TABLA 1. Características individuales de los trasplantados

Variables	Categorías	No Fumadoras	IC (95%)	Porción fumadoras	IC 95%
Nivel de linstrucción	Secundaria o más	81.5	76.1-86.2	18.5	13.8-24.0
	Primaria	70.3	64.8-75.4	29.7	24.6-35.2
	Sin Instrucción	68.2	54.2-81.4	31.8	18.6-47.6
Tipo de unión	No estable	67.1	58.8-74.2	32.9	25.7-41.1
	Estable	77.3	73.4-81.4	22.7	18.6-26.6
Nivel de instrucción pareja	Secundaria o más	81.4	74.9-87.3	18.6	12.7-25.1
	Primaria	74.7	69.1-79.9	25.3	20.0-30.9
	Sin Instrucción	65.1	49.1-79.0	34.9	21.0-50.9
Normas del hogar	No Permitido	81.4	77.1-85.3	18.6	14.7-22.3
	No permitido pero hay excepciones	72.4	62.1-80.0	27.6	19.9-37.9
	No hay reglas	55.5	38.1-72.1	44.4	27.9-61.9
	Permitido	49.2	36.8-61.8	50.8	38.2-63.2
Conocimiento del daño	Si	76.9	72.8-80.8	23.1	19.1-27.1
	No Sabe	76.5	59.7-87.6	23.3	12.4-40.3
	No	63.0	52.6-72.8	37.0	27.1-47.3
Consumo de alcohol	No	77.0	73.2-80.4	23.0	19.6-26.8
	Si	43.9	28.5-60.2	56.1	39.7-71.5
Espacios 100% libre de humo	A Favor	77.7	73.9-81.2	22.3	18.8-26.1
	En contra	42.9	27.7-59.0	57.1	40.9-72.3
	No sabe	66.6	34.9-90.	33.3	10.0-65.1
Aumento impuestos al cigarrillo	A Favor	79.7	75.5-83.2	20.3	16.8-24.5
	En contra	56.1	45.3-66.1	43.9	33.9-54.3
	No sabe	69.2	52.4-82.9	30.8	17.0-47.6

TABLA 2. OR no ajustados para la proporción de mujeres embarazadas fumadoras según variables socio-demográficas. Tucumán 2015

Variables	Categorías	OR No ajustado	IC 95%
Nivel de instrucción	Secundaria o más	1.0	...
	Primaria	1.8	1.2-2.7
	Primaria Incompleta	2.0	0.9-4.1
Zona de residencia	Rural	1.0	...
	Urbana	1.7	1.1-2.8
Tipo de unión	No estable	1.0	...
	Estable	0.6	0.4-0.9
Nivel de instrucción pareja	Secundaria o más	1.0	...
	Primaria	1.5	0.9-2.4
	Primaria Incompleta	2.3	1.0-4.8
Normas del hogar	No permitido	1.0	...
	No permitido pero hay excepciones	1.7	1.0-2.7
	No hay reglas	2.4	1.2-4.5
	Permitido	4.5	2.6-7.9
Conocimiento del daño	Si	1.0	...
	No sabe	1.0	0.5-2.0
	No	2.0	1.2-3.1
Consumo de alcohol	No	1.0	...
	Si	4.3	2.2-8.3
Espacios 100% libre de humo	A favor	1.0	...
	En contra	5.7	2.9-11.8
	No sabe	2.6	0.8-7.7
Aumento Impuestos al cigarrillo	A favor	1.0	...
	En contra	3.4	2.1-5.4
	No sabe	2.0	1.0-3.8

TABLA 3. Proporción de mujeres Fumadoras en variables seleccionadas

VARIABLES	Categoría	OR no ajustado	IC (95%)
Nivel de instrucción	Secundaria o más	81.5	...
	Primaria	70.3	1.0-3.0
	Primaria Incompleta	68.2	0.3-2.6
Zona de residencia	Rural	1.0	...
	Urbana	1.4	0.6-3.3
Tipo de unión	No estable	1.0	...
	Estable	0.7	0.3-1.7
Nivel de instrucción pareja	Secundaria o más	1.0	...
	Primaria	1.2	0.7 2.1
	Sin Instrucción	1.2	0.5-3.0
Normas del hogar	No Permitido	1.0	...
	No permitido pero hay excepciones	1.8	1.0-3.5
	No hay reglas	2.1	0.9-4.6
	Permitido	4.0	2.0 -8.4
Conocimiento del daño	Si	1.0	...
	No Sabe	0.8	0.3-2.2
	No	2.1	1.1-3.9
Consumo de alcohol	No	1.0	...
	Si	3.5	1.5-8.3
Espacios 100% libre de humo	A Favor	1.0	...
	En contra	3.2	1.2-8.2
	No sabe	3.4	0.6-20.2
Aumento impuestos al cigarrillo	A Favor	1.0	...
	En contra	1.8	0.9-3.7
	No sabe	1.3	0.5-3.5

Discusión

En este estudio se encontró una prevalencia de mujeres embarazadas del 25%, porcentaje mayor al de la prevalencia general en todos los grupos de edad que informa la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo²⁴. La prevalencia de mujeres fumadoras en edad fértil en Argentina viene disminuyendo en los últimos años. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo la Prevalencia de Tabaquismo en mujeres para Tucumán fue de 20,9%. Esto demostraría la necesidad de este tipo de estudios que reportan valores de prevalencia de factores de riesgo en nichos poblacionales específicos que no son abordados por estudios de vigilancia más generales. También permiten, por ejemplo analizar qué sucede dentro del hogar de las embarazadas, en cuanto a cuál es la actitud del entorno cercano. Estos resultados muestran que el entorno ejerce un efecto sobre la mujer aumentando las chances de ser fumadoras.

Comparando este trabajo con otro estudio realizado en 15 ciudades de Argentina se observa que el porcentaje de mujeres que refirieron haber fumado alguna vez en su vida en Tucumán es menor que el reportado para Argentina²⁵. Por otro lado, la mediana de edad de inicio es similar al promedio informado para Argentina. Sin embargo, la prevalencia de fumadoras en Tucumán es superior a la reportada en ese trabajo y la tasa de cesación está por debajo de la Nacional²⁶.

El porcentaje de mujeres fumadoras en este estudio es menor al hallado en España en donde el 37,3% de las españolas fumaba antes de quedarse embarazada. Por otro lado, en dicho estudio se informa una tasa de abandono del 41,4% la cual es bastante menor al encontrado en Tucumán (86%). En el estudio mencionado anteriormente, la mayoría lo hizo al inicio del embarazo (76,5%), porcentaje mayor al informado por el presente trabajo (42%). Sin embargo, la proporción de mujeres que fumaron durante todo el embarazo resulta menor en Tucumán (13,8%) comparado con el 18,2% reportado en España²⁷.

En otro estudio realizado en España reportan que la prevalencia de mujeres gestantes fumadoras es de 30%, porcentaje mayor al encontrado en este estudio y señalan también que un 40% de las em-

barazadas dejan de fumar antes del embarazo, lo cual significaría una tasa de abandono varios puntos menor que en Tucumán²⁸.

Entre las limitaciones del estudio se podría mencionar que no se determinó la tasa de ocultamiento a la hora de declarar su situación con respecto al tabaquismo por parte de las embarazadas. Algunos trabajos reportan una tasa del 15%²⁹. Si eso lo extrapolamos al presente estudio nos daría una prevalencia varios puntos por encima del 25% encontrado lo cual nos habla de la importancia y la necesidad de aplicar políticas que produzcan un efecto sobre este grupo poblacional específico. Entre otras limitaciones podemos mencionar que se trata de un estudio de corte transversal por lo que no se podría establecer una relación causal entre factores asociados y el evento estudiado. También podemos decir que al trabajar con embarazadas del subsector público los resultados están enfocados en esa población específica. Otra posible limitación para la exploración de factores asociados al tabaquismo en mujeres embarazadas podría ser el tamaño muestral obtenido.

Conclusión

El presente trabajo muestra la prevalencia y la tasa de abandono de tabaquismo en embarazadas del subsector público en Tucumán. Además se evidenció una alta prevalencia de tabaquismo en mujeres al momento de quedar embarazadas. Entre los factores que aumentaron las chances de fumar durante el embarazo se encuentran: tener instrucción primaria versus secundario o más, no tener normas relativas a la prohibición de fumar dentro del hogar o hacer excepciones versus aquellas que vivían en hogares donde no estaba permitido fumar, no conocer los daños que produce el tabaquismo y no estar de acuerdo con la normativa de espacios 100% libres de humo. En coincidencias con otras publicaciones se observó que el porcentaje de mujeres embarazadas fumadoras aumenta en las mujeres de condiciones socioeconómicas más desfavorables²³. Este tipo de trabajo donde se evalúan los factores asociados que presentan asociación con el evento de interés, nos permiten analizar y obtener información del efecto que podría ejercer el entorno sobre el comportamiento de la mujer embarazada y cuales son aquellos factores que ejercen un efecto sobre el mismo.

Conocer la prevalencia de tabaquismo en las mujeres gestantes es clave a la hora de evaluar el efecto de las políticas destinadas a minimizar sus efectos. Los datos obtenidos indican que el embarazo, por el alto porcentaje de abandono espontáneo, es una oportunidad insoslayable para superar la adicción y motivar a las embarazadas a dejar de fumar³⁰.

Por otra parte, debería asegurarse que los profesionales provean información sobre el tabaquismo en forma rutinaria cuando las embarazadas consultan al sistema de salud en sus controles y continuar desarrollando políticas que mejoren los accesos a la información de los programas y acciones a nivel provincial.

Agradecimientos: Se agradece el apoyo y todos los aportes desinteresados que permitieron llevar adelante este proyecto: PhD Leonardo Bastos, Dra. Melibea Gorrini, Dra. Silvia Frías, Dra. Silvia Centurión, Dra. Jimena Roco, Téc Sebastián Díaz, Dra. Laura Lara.

Conflictos de intereses: No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.

Bibliografía

1. Criado-Álvarez JJ, Morant Ginestar C, De Lucas Veguillas A. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en los años 1987 y 1997 en Castilla-la Mancha, España. *Rev Esp Salud Publica*. 2002; 76(1): 27-36.
2. Pérez PV, Travieso DH, Roche RGG, Gorbea MB, Pérez TR, Fernández SJV. Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. *Rev Cuba Salud Publica*. 2009; 35(2): 1-13.
3. Checa, Jané M, Pardell E. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prevención del tabaquismo*. Vol. 3. 2001. p. 147-54.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 [Internet]. [citado: 2018 Jun 9]. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr/ENFR2005_Baseusuario.rar

5. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000553cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005_informe-breve-final.pdf
6. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 [Internet]. [citado: 2018 Jun 9]. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr/ENFR2013_baseusuario.rar
7. Secretaría de Gobierno de Salud. 4o Encuesta nacional de Factores de riesgo. Principales Resultados. 2019;1-20. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
8. Barrenechea GG, da Silva CMFP, Figueiredo VC. Cambio de comportamiento en personas fumadoras posimplementación de legislación antitabaco en Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2019; 43: 1-7.
9. Barrenechea GG, Cali RS. Mortalidad atribuible al tabaquismo en Tucumán, Argentina 2001-2010. *Med*. 2016; *MEDICINA (Buenos Aires)* 2016; 76: 287-293
10. Legislatura de la Provincia de Tucumán. Ley n° 7575 [Internet]. Disponible en: <http://rig.tucuman.gov.ar/leyes/scan/scan/consolidadas/L-7575-consolidada.pdf>
11. Centers for Disease Control and Prevention. The health consequences of smoking for Women [Internet]. 2001. Disponible en: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBRT.pdf>
12. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. 2004;4-5. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm
13. Centers for Disease Control and Prevention. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease [Internet]. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
14. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 709. 2006. 709 p. Disponible en: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/fullreport.pdf>
15. Mariscal M, Delgado-Rodríguez M, Llorca J, Pardo-Crespo R, Pérez-Iglesias R, Palma S. Smoking among pregnant women in Cantabria (Spain): trend and determinants of smoking cessation. *BMC Public Health*. 2007; 7(1): 1-6.
16. Torrent M, Sunyer J, Cullinan P, et al. Smoking cessation and associated factors during pregnancy. *Gac Sanit*. 2004; 18(3): 184-9.
17. Motta G de CP da, Echer IC, Lucena A de F. Factors Associated with Smoking in Pregnancy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(4): 809-15.
18. Giglia RC, Binns CW, Alfonso HS, Zhan Y. Which mothers smoke before, during and after pregnancy? *Public Health [Internet]*. 2007 Dec 1 [citado: 2019 Feb 28];121(12):942-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350607001370?via%3Dihub#aep-abstract-id6>
19. Ministerio de Hacienda de la Nación Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [Internet]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/>
20. Epidat. Epidat 4: Ayuda de Muestreo. Julio 2016. 2016; Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1892/Ayuda_Epidat4_Muestreo_Julio2016.pdf
21. Bates D, Mächler M, Bolker B, Walker S. Fitting Linear Mixed-Effects Models using lme4. 2014; 67(1). Disponible en: <http://arxiv.org/abs/1406.5823>
22. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2017.
23. Alkire S, Foster J. Recuento y medición multidimensional de la pobreza. OPHI Work Pap Ser [Internet]. 2007;37. Disponible en: <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp7-es.pdf>
24. Mallol V J, Brandenburg J D, Madrid H R, Sempertegui G F, Ramírez A L, Jorquera A D. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Rev Chil enfermedades Respir*. 2009; 23(1): 17-22.
25. Ministerio de Salud de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2015 [citado: 2018 Jun 9]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
26. Althabe F, Colomar M, Gibbons L, Belizan JM, Buekens P. Tabaquismo durante el embarazo en Argentina y Uruguay. *Medicina (B Aires)*. 2008; 68(1): 48-54.
27. Nahabedian AS, Pascansky D, Vanoni S, Inza F. Estudio multicéntrico sobre prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en 15 centros de salud de argentina. *Rev Am Med Respir [Internet]*. 2015; 15(1) :28-35. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2015000100006&lang=pt
28. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: Diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit [Internet]*. 2012; 26(2): 138-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.015>
29. Mateos-vílchez PM, Aranda-regules JM, Díaz-alonso G, Mesa-cruz P, Gil-barcenilla B, Ramos-monserrat M, et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo y factores asociados en Andalucía, 2007-2012. 2014; 2012: 369-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/07_original6.pdf
30. Manuel J, Regules A, Vilchez PM, Villalba AG, Sanchez F, Luna DD. Validez de distintas medidas de consumo de Tabaco durante el embarazo: Especificidad, Sensibilidad y Puntos de corte donde y cuándo. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82: 535-45.
31. Rubio I, Kanopa V. Tabaco y salud infantil: un aspecto no suficientemente valorado. *Arch Pediatr Urug*. 2015; 86(2): 126-9.