

## Impacto de un programa de cesación tabáquica en pacientes con enfermedades cardiovasculares

### Impact of a smoking cessation program in patients with cardiovascular disease

Lic. Dayana Hernández Mederos,<sup>I</sup>Téc. Marisol Díaz Vázquez,<sup>II</sup>Lic. Vanessa Larrinaga Sandrino,<sup>III</sup> Dra. Nurys B. Armas Rojas,<sup>IV</sup> Dr. Eduardo Rivas Estany,<sup>V</sup>

I Licenciada en Psicología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana. Cuba.

II Técnica en Psicometría. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

III Licenciada en Psicología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

IV Especialista de II grado en Epidemiología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

V Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en II grado de Cardiología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

#### RESUMEN

**Introducción:** La cesación tabáquica es una prioridad en la prevención de enfermedades cardiovasculares, pero existe poca evidencia de intervenciones dirigidas hacia estos pacientes.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de un Programa de Cesación Tabáquica en términos de efectividad en pacientes con enfermedades cardiovasculares a los 12 meses de la intervención.

**Métodos:** Estudio de intervención comunitaria no controlado sin grupo control, en 50 pacientes fumadores con enfermedades cardiovasculares que asistieron al Programa de Cesación Tabáquica. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, nivel educacional, edad de comienzo en el consumo, número de años fumando, antecedentes de padres fumadores, tratamientos para la cesación tabáquica anteriores, dependencia a la nicotina, motivación para dejar de fumar y comportamiento de la abstinencia a los 12 meses. Para la cesación se utilizó la terapia multicomponente. Las técnicas de recolección de la información fueron el Test de Fagerstrom, el Test de Richmond y la encuesta. Para evaluar la posible relación entre variables cualitativas se utilizó el  $\chi^2$ , se trabajó con un 95 % de confianza y una probabilidad asociada  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** Al año de haber concluido la intervención, el 58 % de los pacientes se mantenía en abstinencia. De los pacientes que continuaron fumando, el 26 % redujo la cantidad de cigarrillos a menos de 10 por día y solo el 16 % no obtuvo beneficios con el tratamiento, manteniendo su patrón de consumo inicial.

**Conclusiones:** En términos de efectividad el Programa tuvo un buen impacto, demostrando una reducción del riesgo cardiovascular en los pacientes tratados a los 12 meses de la intervención.

**Palabras Clave:** cesación tabáquica, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, factores de riesgo.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Smoking cessation is a priority in the prevention of cardiovascular disease, but there is little evidence of interventions aimed at these patients. **Objective:** To evaluate the impact of a Smoking Cessation Program in terms of effectiveness in patients with cardiovascular at 12 months postoperatively diseases. **Methods:** Uncontrolled community intervention without a control group, in 50 smokers with cardiovascular disease who attended the Smoking Cessation Program. The variables used were age, sex, educational level, age at onset in consumption, number of years of smoking, parental smoking history, previous treatments for smoking cessation, nicotine dependence, motivation to quit and abstinence behavior at 12 months. Therapy was used multicomponent cessation. The techniques of data collection were the Fagerstrom Test, the Test of Richmond and survey. To evaluate the possible relationship between qualitative variables was used  $\chi^2$ , we worked with 95% confidence and an associated probability  $p \leq 0.05$ . **Results:** One year after the intervention ended, 58% of patients remained abstinent. Of the patients who continued to smoke, 26% reduced the amount of less than 10

cigarettes per day and only 16% received no treatment benefits, maintaining its initial consumption pattern.

Conclusions: In terms of effectiveness the program had a great impact, demonstrating a reduction in cardiovascular risk in patients treated at 12 months postoperatively.

**Keywords:** smoking cessation, cardiovascular disease, smoking, risk factors.

---

## INTRODUCCIÓN

Para Cuba y el mundo las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte. El tabaquismo se ha reconocido como uno de los principales factores de riesgo, 1-3 que por su condición de "adicción", resulta para los pacientes uno de los más difíciles de controlar.

Sin embargo, la reducción del riesgo conseguida al dejar de fumar puede superar a la obtenida por otros tratamientos implementados por los cardiólogos en su práctica diaria.<sup>4</sup>

Fueron los estudios sobre cohortes de individuos sanos como el Minnesota Business Men Study<sup>5</sup> y el Framingham Study, 6 los pioneros en demostrar no solo la relación tabaco-enfermedad cardiovascular, sino la relación dosis-efecto, según la cual cada 10 cigarrillos diarios se produce un 18 % de incremento de mortalidad en hombres y un 31% en mujeres.

Llama la atención que en la práctica médica cotidiana parece existir una ruptura entre la información recogida del paciente sobre sus hábitos tóxicos y la solución de estos.<sup>7,8</sup> Se reafirma el diagnóstico y se pospone el tratamiento, lo que ha sido justamente señalado como limitante y deficiencia del proceso de atención médica.<sup>8</sup> El consejo médico, aunque tiene un gran impacto sobre la decisión del paciente de abandonar su adicción, en muchos casos no ofrece las herramientas necesarias para lograrlo. Sin embargo, el tabaquismo no solo continúa siendo un factor de riesgo prevenible sino también "modificable".

Motivados por ello y con la intención de lograr una atención integral que garantizara una mejor calidad de vida de los pacientes, se comenzó con la aplicación de un Programa de Cesación Tabáquica a través de la terapia multicomponente que permitiera un mayor control y erradicación de este riesgo en los fumadores con enfermedades cardiovasculares.

Teniendo en cuenta que se considera éxito del tratamiento, a la permanencia en abstinencia durante al menos un año, 9 el objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto del Programa de Cesación Tabáquica en términos de efectividad en pacientes con enfermedades cardiovasculares a los 12 meses de la intervención.

---

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención comunitario no controlado, en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICCCV), durante el periodo comprendido entre septiembre del 2009 y abril del 2011. Fueron intervenidos 50 pacientes procedentes de las Consultas de Cardiología y del Servicio de Rehabilitación Cardíaca que solicitaron ayuda para dejar de fumar y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de exclusión: pacientes con antecedentes psiquiátricos u otras adicciones concomitantes como alcoholismo o uso de psicofármacos, pacientes que no terminaron el programa. Criterios de inclusión: pacientes fumadores con enfermedad cardiovascular, con intenciones serias de dejar de fumar, que firmaran previo consentimiento informado.

La terapia multicomponente para dejar de fumar es uno de los métodos más empleados en el tratamiento con los fumadores 9, 10, 11 y como el nombre lo indica, incluye varias técnicas de intervención. La misma consta de tres fases fundamentales: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia. Al arribar a la segunda fase, en este programa se utilizó el método del Cese Abrupto, conociendo que a través del mismo, el 95 % de las personas que lo intentan; dejan de fumar.<sup>12</sup> Los elementos que conformaron la terapia multicomponente fueron: la Terapia Cognitivo Conductual, los ejercicios de aversión, relajación, respiración, y la Homeopatía.

La *Terapia Cognitivo Conductual* consiste en la corrección de los procesos cognitivos defectuosos y el reemplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales relacionadas con la adicción por otras más realistas, adaptativas y funcionales.<sup>13</sup> Como *ejercicio de aversión* se empleó

específicamente la retención del humo, método recomendado internacionalmente como parte del tratamiento para dejar de fumar.<sup>12</sup> Para un mayor control de los síntomas ocasionados por el síndrome de abstinencia, se realizaron los *ejercicios de relajación para la fase preparatoria* propuestos por el Dr. Ricardo González,<sup>12</sup> los *ejercicios de respiración* del Pranayama (Yoga), a través de los movimientos de inhalación, retención y exhalación. Teniendo en cuenta la efectividad de la Medicina Natural y Tradicional en la cesación tabáquica, <sup>14</sup> se incorporó, además, el remedio homeopático *Nicotinum*, <sup>15</sup> derivado de la nicotina capaz de sustituir la necesidad de la misma por el organismo.

Las sesiones de trabajo estuvieron organizadas en 5 encuentros de intervención de 2 horas cada uno durante 5 días y 6 encuentros de seguimiento o control de recaídas (a la semana de haber abandonado el cigarro, a los 15 días, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año), donde se incluyó la proyección de videos, charlas de educación para la salud y seguimiento por las consultas de Psicología y Nutrición para el control del peso corporal. Para el desarrollo de la intervención fueron citados en grupos de aproximadamente 12 pacientes.

Las técnicas de recolección de la información fueron el Test de Fagerstrom <sup>16</sup> para medir el nivel de dependencia al tabaco, el Test de Richmond<sup>17</sup> para evaluar la motivación para dejar de fumar, ambos al inicio del programa, así como una encuesta para determinar los datos sociodemográficos e incorporar la información necesaria de los encuentros de seguimiento. Para cumplir los objetivos propuestos se resumió la información y se introdujo en una base de datos en Excel y se usó el programa SPSS versión 13.0 para el análisis estadístico. Como medidas de resumen para datos cualitativos se utilizaron los por cientos. Para evaluar la posible relación entre variables cualitativas se empleó el Chi<sup>2</sup>, fijando un nivel de significación estadística del 95 %, con una probabilidad asociada  $p < 0.05$ . Se evaluó el impacto del programa en términos de efectividad (sujetos que se mantenían sin fumar al año de haber concluido la intervención), declarando la condición de fumador al inicio de la intervención y evaluándose su estado al año. Los datos de abstinencia se obtuvieron a través de los encuentros de seguimiento, considerándose abstinentes al paciente que declaraba no haber fumado desde el encuentro número 4 de la intervención hasta los 12 meses posteriores y se consideró en recaída a los pacientes que reconocían haber vuelto a fumar. El tiempo de abstinencia se obtuvo con la fecha en que se propuso dejar de fumar (encuentro de intervención número 4) y la fecha de recaída.

## RESULTADOS

Al realizar un análisis de la edad y el sexo a través de la prueba Chi – Cuadrado, se observó una asociación significativa entre ambas variables, donde el grupo de edad más representado fue el de 50 – 64 años (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
18-24 años	1	3.6	1	4.5	2	4.0
25-49 años	12	42.9	2	9.1	14	28.0
50-64 años	14	50.0	14	63.6	28	56.0
65 y +	1	3.6	5	22.7	6	12.0
<b>Total</b>	28	58.0	22	44.0	50	100.0

Chi-cuadrado 10,111    p 0,01

El 62 % de los fumadores resultaron ser universitarios y solamente el 16 % había recibido tratamientos anteriores. El valor medio de edad en que comenzaron a fumar estuvo alrededor de los 15 años, con un predominio de los pacientes que llevaban fumando entre 40 y más años,

donde los hombres resultaron estar mayormente representados (Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de la muestra según años fumando y sexo

Años fumando	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>1-20</b>	6	21.4	2	9.1	8	16.0
<b>21-30</b>	5	17.9	1	4.5	6	12.0
<b>30-40</b>	9	32.1	4	18.2	13	26.0
<b>40 y +</b>	8	28.6	15	68.2	23	46.0

Chi 2 8.420 p 0.04

El 76% de los pacientes poseían antecedentes de padres fumadores y este constituyó uno de los principales motivos por los que refirieron haber comenzado a fumar, así como por embullo, curiosidad y la presión del grupo de amigos.

Las causas fundamentales de sostenimiento del tabaquismo resultaron ser la adicción, la reducción de estados emocionales negativos y la búsqueda del placer y la relajación a través del cigarro. Entre las principales afecciones asociadas al tabaquismo estuvieron en orden jerárquico la Hipertensión Arterial, el Infarto Agudo del Miocardio, la Cardiopatía Isquémica Crónica, la Insuficiencia Arterial Periférica y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Distribución de los fumadores según enfermedad de base.

Enfermedades de base	N	%
Hipertensión Arterial	38	76
Infarto Agudo del Miocardio	24	48
Cardiopatía Isquémica Crónica	19	38
Insuficiencia Arterial Periférica	16	32
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	22	24

Los resultados del test de Fagerstrom indicaron que al inicio del programa el 48 % de los pacientes poseía una alta dependencia a la nicotina, con un consumo mayor de 19 cigarrillos por día. En cuanto al Test de Richmond, el 48 % indicó una moderada motivación, predominando los fumadores con alta dependencia al tabaco y motivación moderada para dejar de fumar. (Tabla 4)

**Tabla 4.** Resultados obtenidos por los test de Fagerstrom y Richmond.

	Dependencia		Motivación	
	N	%	N	%
<b>Alta</b>	24	48.0	13	26.0
<b>Moderada</b>	18	36.0	24	48.0
<b>Baja</b>	8	16.0	13	26.0
<b>Total</b>	50	100.0	50	100.0

Las tres primeras causas de recaída resultaron ser la dependencia física a la nicotina, las situaciones de estrés y los momentos de placer, este último aspecto mediado en gran medida por la autoconfianza y la falsa sensación de autocontrol en el período en que ya se había rebasado la dependencia física, pero aún persistía la dependencia psicológica.

Al año de haber concluido la intervención, el 58 % de los pacientes se mantenía en abstinencia. De los pacientes que continuaron fumando, el 26 % redujo la cantidad de cigarrillos a menos de 10 por día y solo el 16 % no obtuvo beneficios con el tratamiento, manteniendo su patrón de

consumo inicial. Al realizar un análisis por sexo, no se obtuvieron diferencias significativas, pero prevalecieron las mujeres que se mantenía en abstinencia al año (tabla 5).

**Tabla 5.** Comportamiento al año de los fumadores intervenidos

Evaluación a los 12 meses	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Abstinentes</b>	19	67.9	10	45.0	29	58.0
<b>Disminuyeron la cantidad de cigarrillos</b>	6	21.4	7	31.8	13	26.0
<b>Mantuvieron el patrón de consumo inicial</b>	3	10.7	5	22.7	8	16.0
<b>Total</b>	28	58.0	22	44.0	50	100.0

## DISCUSIÓN

Para el ex fumador, igualar su riesgo de enfermar, al de una persona que nunca ha fumado, es totalmente imposible, pues existen daños en órganos y funciones del cuerpo que son irreparables. Disminuirlo, es una posibilidad que puede incrementarse en la medida en que aumentan los años de abandono de esta adicción, de modo que: dejar de fumar siempre representará un beneficio para el organismo.

Al realizar un análisis por sexo se observó que las mujeres resultaron ser más exitosas en el abandono del cigarro, hecho que resulta de gran importancia si se tiene en cuenta que las fumadoras poseen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares que los hombres. Si bien puede apreciarse, en las enfermedades cardiovasculares el riesgo de morbilidad asociado con el consumo de cigarrillos es mayor en las mujeres, mientras que el de mortalidad es superior en los hombres. Datos obtenidos de un estudio sobre la mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba revelaron que en los años 1995 y 2007 por cada 10 hombres fallecidos por enfermedades del corazón entre 3 y 4 se asociaron al tabaquismo; en tanto, por cada 10 muertes en mujeres, 2 se atribuyeron al tabaquismo.<sup>18</sup>

La recaída es altamente frecuente en los fumadores (entre un 70 % y 80 % recae al año de la intervención).<sup>9</sup> En el caso de los pacientes con enfermedad cardiovascular, el riesgo de recaída no deja de ser alto, pues son personas que conocen de su diagnóstico cuando llevan un prolongado tiempo de adicción, por lo general, más de 2 décadas de consumo. Dentro de ellos hay un grupo de especial interés médico, que es el de los fumadores que sufren un infarto cardiaco. Por lo general, debido al «gran susto» que reciben, estos pacientes dejan de fumar por un tiempo que se prolonga hasta alrededor de los seis meses, pero a partir de entonces, se encuentran en alto riesgo de recaída, sobre todo cuando la evolución clínica de la complicación ha sido favorable<sup>19</sup>. De igual forma se ha estudiado que cerca del 15 % de los pacientes que abandonan el tabaquismo en los primeros meses tras un Síndrome Coronario Agudo, recaen durante los meses siguientes.<sup>20</sup>

La bibliografía consultada señala que la cesación tabáquica durante la hospitalización de enfermos cardiacos puede ser una estrategia de salud efectiva, <sup>21</sup> sin embargo, las intervenciones realizadas por Hajek P y colaboradores, <sup>22</sup> así como Martínez L y colaboradores<sup>23</sup> observaron que estas intervenciones breves no resultan efectivas para lograr la abstinencia al año. Por lo que consideramos que la etapa de rehabilitación pudiera ser apropiada para implementar estrategias intensivas de cesación con un seguimiento presencial prolongado.

En la presente intervención la cifra de abandono al año fue superior a la de recaída (58 % contra 42 %), la efectividad que se ha obtenido con intervenciones previas a través de la terapia multicomponente, ha oscilado entre el 30 % y el 54 % de abstinencia al año de seguimiento.<sup>24</sup>

Sin embargo, es importante señalar que el presente estudio posee limitaciones como la carencia de un grupo de control, la utilización de información declarada por el paciente, así como el limitado tamaño muestral.

Mientras la cesación tabáquica es considerada una importante estrategia preventiva en los fumadores sin una enfermedad cardiovascular establecida, en los pacientes con conocimiento de su diagnóstico, debe ser reconocida como una alta prioridad.<sup>25</sup> La situación actual de salud requiere de un manejo diferente del tabaquismo no solo como un factor de riesgo, sino como una enfermedad adictiva, crónica y recidivante.<sup>26</sup> Este Programa es una alternativa efectiva que puede ser implementado en las instituciones de salud, incluyéndolo como parte de las políticas de prevención para el tratamiento de los fumadores, por su impacto en el patrón de consumo y en el daño orgánico asociado.

En términos de efectividad el Programa tuvo un buen impacto, demostrando una reducción del riesgo cardiovascular en los pacientes tratados a los 12 meses de la intervención.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díez EN. Tabaquismo. Adicción que provoca más muertes que el sida. Revista Finlay. 2012 (citado 23 Ene 2013); 2 (1):1-2. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/72/922>
2. Zhang QL, Baumert J, Ladwig KH, Wichmann HE, Meisinger C, Döring A. Association of daily tar and nicotine intake with incident myocardial infarction: Results from the population based MONICA/KORA Augsburg Cohort Study 1984 - 2002. BMC Public Health. 2011 (citado 15 Feb 2013); 11:273. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/273>
3. de la Noval R, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en una población del Área de Salud Mártires del Corynthia. La Habana, Cuba. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2011 (citado 8 Ene 2013); 17(1):62-68. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/20/18>
4. Roballo L, Valentín G, Rodríguez A, Camps X, Davyt O, Bianco E. Abordaje del tabaquismo por el cardiólogo: cómo realizar una intervención efectiva. Rev Urug Cardiol. 2011 (citado 15 Feb 2013); 26: 237- 43.
5. Keys A, Taylor HL, Blackburn H, Brozek J, Anderson JT, Simonson E. Coronary heart disease among Minnesota business and professional men followed 15 years. Circulation. 1963; 28:381-95.
6. Kannel WB. Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. Am J Cardiol. 1976; 37:269-82.
7. Lisanti R. Intervención mínima en tabaquismo a pacientes internados. Experiencia en un hospital de Mendoza. Rev Am Med Resp. 2011; 3: 155-51.
8. Caro MM. Consejo médico en tabaquismo: una necesidad. Revista Finlay. 2012 (citado 15 Feb 2013); 2(2): 41- 45. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/110/136>
9. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Guía Nacional de Tratamiento a la adicción del tabaco. Argentina. 2005 (citado 23 Ene 2013). Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/TRATADICIONTABACO1.pdf>
10. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. BMJ. 2007 (citado 15 Feb 2013); 335:37. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/335/7609/37>
11. Aveyard P, Raw M. Improving smoking cessation approaches at the individual level. Tob Control. 2012 (citado 23 Ene 2013); 21 (2):252-57. Disponible en: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/252.full>
12. González R. Usted puede...Dejar de fumar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008.
13. Roig C, Vega V, Ávila E, Ávila B, Gil Y. Aplicación de terapia cognitivo conductual para elevar la autoestima del adulto mayor en Casas de abuelos. Correo Científico Médico de

- Holguín. 2011 (citado 6 Mar 2013); 15(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no152/no152ori01.htm>
14. Tosar MA, del Pozo EA, Calzadilla T, Castellanos SV. La deshabituación tabáquica con técnicas de medicina tradicional y natural. Haban Cienc Méd. 2009 (citado 15 Feb 2013); 8 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=esev](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=esev)
  15. Mondéjar MD, Amado M. Aplicación de la homeopatía a pacientes fumadores de la localidad "Enrique Varona". Rev Cub Hig Epidemiol. 2010 (citado 6 Mar 2013); 48 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000300004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300004&lng=es&nrm=iso)
  16. Fagerstrom K, Schneider N. Measuring nicotine dependence a review of the FTND. J. Behv. Med. 1983; 12(2):159-82
  17. Richmond RL, Kehoe LA, Webster JW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction. 1993; 88:1127-35
  18. Varona P, Herrera D, García RG, Bonet M, Romero T, Venero SF. Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. Rev Cub Salud Pública. 2009 (citado 15 Feb 2013); 35(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662009000200015&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000200015&lng=es&nrm=iso)
  19. Espinosa AD, Espinosa AA. Tabaquismo. Rev. Finlay. 1990 (citado 6 Mar 2013); 4 (1): 101-10. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/6/7>
  20. Cordero A, Bertomeu V, Mazón P, Cosín J, Galve E, Lecuona I, et al. Actitud y eficacia de los cardiólogos frente al tabaquismo de los pacientes tras un Síndrome Coronario Agudo. Rev Esp Cardiol. 2012 (citado 23 Ene 2013); 65 (8):719-25. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/actitud-eficacia-los-cardiologos-frente/articulo/90147728/>
  21. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database System Rev. 2007;(3):CD001837.
  22. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. BMJ. 2002; 324:87-97.
  23. Martínez L, Morchón S, Masuet C, Ramón JM. Breve intervención de cesación tabáquica en enfermos cardiovasculares hospitalizados. Rev Esp Cardiol. 2009 (citado 15 Feb 2013); 62(4):447-50. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/breve-intervencion-cesacion-tabaquica-enfermos/articulo/13135070/>
  24. Becoña E, editor. Monografía Tabaco. Adicciones. 2004 (citado 23 Ene 2013); 16 (2): 101- 15. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/monografia\\_tabaco.pdf](http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/monografia_tabaco.pdf)
  25. Bullen C. Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk and disease. Expert Rev Cardiovasc. 2008; 6 (6): 883- 95.
  26. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. Argentina; 2010.