

INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR CON PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

SMOKING CESSATION INTERVENTIONS WITH INPATIENTS FOR A CARDIOVASCULAR DISEASE: A LITERATURE REVIEW

M. Carmen Míguez y Beatriz Pereira

Universidad de Santiago de Compostela

Abstract

The tobacco is an important risk factor for development of cardiovascular diseases. Hospitalization of these patients gives us an excellent opportunity to help them to quit smoking. However, few studies have evaluated what type of intervention is most effective for this population. Therefore, the aim of this study is to review treatments for smoking cessation that have been applied to patients hospitalized with cardiovascular disease in the last decade, in order to determine their effectiveness and establish what would be most appropriate. To achieve this, we searched the Cochrane Tobacco registration Addiction Group and the databases Medline, PsycInfo, PubMed, and CSIC. As a consequence, 16 studies fulfilling inclusion criteria were found, although treatments components and intensity differ greatly from one study to another. It was concluded that while brief advice increases cessation compared with no intervention, the most effective interventions are those of greater intensity that last for at least three months after hospital discharge.

Keywords: smoking cessation, cardiovascular disease, coronary heart disease, hospitalized, inpatient.

Resumen

El tabaco es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y la hospitalización por este tipo de enfermedades brinda una excelente oportunidad para ayudar a dejar de fumar. Sin embargo, son pocas las intervenciones que se han llevado a cabo con estos pacientes y máxime a nivel hospitalario. El objetivo de este estudio es hacer una revisión acerca de las intervenciones para dejar de fumar realizadas con pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular en la última década, con el objetivo de determinar su eficacia y conocer cuál resulta más adecuada. Para ello, se realizaron búsquedas en el registro de la Cochrane Tobacco Addiction Group así como en las bases de datos Medline, PsycINFO, PubMed y CSIC. Los 16 estudios hallados que cumplían los criterios de inclusión muestran importantes diferencias tanto en cuanto a los componentes que integran las intervenciones como en la intensidad de las mismas. Se concluye que si bien el consejo breve incrementa el abandono del tabaco en comparación con la no intervención, las intervenciones más efectivas son aquellas de mayor intensidad que tienen continuación durante al menos tres meses tras el alta hospitalaria.

Palabras clave: dejar de fumar, enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, pacientes hospitalizados.

Correspondencia: M^ª del Carmen Míguez Varela
Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología
Campus Vida, Universidad de Santiago de Compostela
15782 Santiago de Compostela (España)
E-mail: mcarmen.miguez@usc.es

Los componentes del tabaco causan la muerte de unos seis millones de personas cada año (World Health Organization, 2011). En España, el consumo de tabaco es la primera causa aislada de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura. De hecho, una de cada 7 muertes ocurridas en 2006 en personas mayores de 35 años fue atribuida al consumo de tabaco (Banegas y cols., 2011).

A día de hoy fumar es el principal factor de riesgo prevenible de enfermedad y muerte (United States Department of Health and Human Services, 2010). Existe una clara relación entre fumar y distintas enfermedades; éste es el caso de las enfermedades cardiovasculares, donde el tabaco presenta tanto una relación causal como de interacción multiplicativa con otros factores de riesgo como son la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes (Fernández, Sanz, Garrido y López, 2011; López y García, 2004).

Al consumo de tabaco se le atribuyen enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, que ocasiona un tercio de las muertes de causa cardiovascular, el infarto agudo de miocardio, la enfermedad vascular periférica, el aneurisma de aorta y los accidentes cerebrovasculares, cuyo riesgo se incrementa en un 50% (United States Department of Health and Human Services, 2004, 2010). Asimismo, es un importante factor de riesgo de muerte súbita, pues el 75% de estas muertes debido a trombosis coronaria se dan en fumadores (Goldenberg y cols., 2003).

Los estudios epidemiológicos informan de una relación dosis-efecto (Kannel y Higgins, 1990), pues el riesgo es proporcional al número de cigarrillos que se consumen al día y al número de años de consumo (García-Rubira y López, 1998), si bien el riesgo ya se ve incrementado con niveles bajos de exposición al tabaco, tales como un consumo ocasional o diario bajo, o la exposición al humo de forma pasiva (United States Department of Health and Human Services, 2010).

No obstante, los efectos comentados no son irreversibles, pues dejar de fumar conlleva beneficios para la salud, tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo la presión arterial baja, la frecuencia cardíaca se recupera, el monóxido de carbono y el oxígeno en sangre se normalizan, y mejora la circulación (United States Department of Health and Human Services, 1990), mientras que a largo plazo tanto la morbilidad como la mortalidad coronaria, así como las complicaciones asociadas a las enfermedades cardiovasculares se ven reducidas (Critchley y Capewell, 2003; Mohiuddin y cols., 2007; United States Department of Health and Human Services, 2004). Se ha demostrado una reducción significativa, entre un 35-50%, de complicaciones tales como la aparición de recidivas de infarto y de anginas en personas que dejaron de fumar (Critchley y Capewell, 2003), así como una reducción en la aparición de ictus isquémicos y hemorrágicos. Asimismo, en los casos en los que los pacientes se van a someter a una cirugía coronaria, dejar de fumar puede llegar a reducir en un 41% la mortalidad cardíaca

post-intervención y en un 29% la necesidad de una nueva intervención (Van Domburg y cols., 2000). Teniendo en cuenta la evidencia existente acerca de las ventajas que conlleva dejar de fumar para estos pacientes (United States Department of Health and Human Services, 2004), no cabe duda de la importancia de que los fumadores con alguna enfermedad cardiovascular dejen de fumar lo antes posible. Por esta razón, con estos pacientes está indicado realizar una intervención lo más temprana posible, pues mientras que los que dejan de fumar y eliminan su exposición al humo del tabaco disminuyen rápidamente su riesgo cardiovascular ya que, por ejemplo, tras un infarto de miocardio, a los 3 años su riesgo es similar al de los no fumadores, aquellos que continúan fumando aumentan en cuatro veces su riesgo de reinfarcto (Rea y cols., 2002; United States Department of Health and Human Services, 2010).

A los datos anteriores cabe añadir que el ingreso de un fumador en un hospital brinda una excelente oportunidad para ayudarle a dejar de fumar, ya que la hospitalización, especialmente por una enfermedad relacionada con el tabaco como es el caso de las enfermedades cardiovasculares, puede incrementar la receptividad a los mensajes para el abandono de dicha conducta, pues es durante estos momentos o estancias cuando aumenta la percepción de vulnerabilidad de los pacientes. A esto hay que unir el hecho de que al ingresar en los servicios de salud los pacientes tienen contacto directo con profesionales de la salud que pueden proporcionar mensajes o intervenciones para el abandono de este hábito. Además, los fumadores pueden encontrar más fácil dejar de fumar en un ambiente donde el tabaco esté prohibido (Rigotti, Munafo y Stead, 2008). Así pues, el ingreso hospitalario proporciona a los profesionales sanitarios una gran oportunidad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar, puesto que los fumadores ingresados pueden ser más receptivos a los consejos antibabáquicos en un lugar donde se cuida la salud y en el cual no está permitido fumar, y también debido a que el tabaco puede interferir en su recuperación e incluso puede ser la causa por la que se encuentren hospitalizados (Martínez, Morchón, Masuet y Ramón, 2009).

Sin embargo, a pesar de las ventajas que la hospitalización puede suponer a la hora de ofrecer intervenciones para dejar de fumar, en la práctica son pocos los hospitales que proporcionan este tipo de intervención a sus pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del presente estudio fue realizar una revisión bibliográfica de las intervenciones para dejar de fumar que se han llevado a cabo con pacientes hospitalizados debido a alguna enfermedad cardiovascular, para determinar su eficacia y conocer cómo se llevan a cabo y qué tipo de intervención resulta más adecuada con esta población.

MÉTODO

Se han realizado búsquedas en el registro de la Cochrane Tobacco Addiction Group así como en las bases de datos Medline, PsycINFO, PubMed y CSIC, junto con una búsqueda manual en revistas especializadas y en las listas de referencias de los ensayos y revisiones encontradas. Las palabras clave utilizadas fueron: (smoking cessation intervention OR tobacco control) AND (inpatient OR hospitalized) AND (coronary heart disease OR acute coronary syndrome OR myocardial infarction OR cardiovascular).

Los criterios de inclusión utilizados en esta revisión fueron: a) que se tratase de estudios que incluyeran intervenciones para dejar de fumar realizadas en hospitales no meramente farmacológicas, b) que los fumadores se sometieran voluntariamente a las intervenciones para dejar de fumar; c) que la muestra estuviera formada por pacientes hospitalizados con alguna enfermedad cardiovascular, d) que se haya hecho al menos seguimiento de 6 meses y e) que se tratara de estudios publicados de enero de 1999 a diciembre de 2012. Las fases del procedimiento seguido para la selección de los artículos aparecen recogidas en la Figura 1.

RESULTADOS

A continuación, se comentan los 16 estudios hallados, que cumplen todos los criterios de inclusión, cuya finalidad era evaluar los efectos de diferentes intervenciones para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular. Los estudios se han distribuido en dos apartados, en función de si las intervenciones para dejar de fumar incorporan tratamiento farmacológico o no.

Intervenciones sin tratamiento farmacológico para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular

Cómo se puede observar en la Tabla 1, son cuatro los estudios que evalúan intervenciones para dejar de fumar con pacientes cardiovasculares hospitalizados sin componentes farmacológicos (Dornelas, Sampson, Gray, Waters y Thompson, 2000; Sivarajan y cols., 2004; Hajek, Taylor y Mills, 2002; y Jonson, Budz, Mackay y Millar, 1999). De ellos, tres utilizan muestras específicas. Así, el estudio de Dornelas y cols. (2000) sólo incorpora pacientes ingresados por infarto de miocardio, mientras que el estudio de Hajek y cols. (2002) incorpora a pacientes ingresados por un infarto o para realizar un bypass cardíaco. En el caso de Sivarajan y cols. (2004) no se especifica el tipo de patología cardíaca que presenta la muestra, aunque sí se especifica que solo se incluyeron a mujeres.

Por lo que respecta al personal que llevó a cabo dichas intervenciones, solamente el estudio de Dornelas y cols. (2000) incluye una intervención realizada por un psicólogo, mientras que en el resto de los casos son las propias enfermeras del

hospital las encargadas de llevar a cabo las intervenciones, la mayoría de las veces sin haber sido entrenadas para ello.

En general, estos estudios incluyen siempre como parte del cuidado habitual consejo breve por parte del personal médico del hospital para que el paciente deje de fumar. Sin embargo, lo que acompaña a este consejo varía dependiendo del estudio. El estudio de Jonson y cols. (1999) sólo incluye dicho consejo, mientras que en el de Hajek y cols. (2002) se acompaña de un folleto y en el de Sivarajan y cols. (2004) se incorpora un folleto y una lista de los recursos para dejar de fumar existentes en la comunidad. El caso del estudio de Dornelas y cols. (2000) es especial, pues el cuidado mínimo incorpora la recomendación verbal y escrita de ver un vídeo educativo sobre las consecuencias del tabaco y aclaración de las dudas por parte de un psicólogo.

Aunque si bien es cierto que la base de la intervención en todos los estudios es ofrecer consejo e información de forma extensa sobre la importancia que dejar de fumar tiene para la enfermedad cardiovascular, la gran diferencia entre los estudios es el contenido de la intervención. Cabe destacar que, a excepción del estudio de Hajek y cols. (2002), en todos se incorpora apoyo telefónico a los pacientes, de mayor o menor duración, tras el alta médica. A mayores, dos de estos estudios (Dornelas y cols., 2000; y Sivarajan y cols., 2004) incorporan como parte de la intervención, tratamiento de prevención de recaídas.

En concreto, en el estudio de Jonson y cols. (1999) la intervención consiste en dos contactos con la enfermera en los que se remarca la importancia que dejar de fumar tiene para estos pacientes y sus patologías, lo que se realiza mediante charlas, folletos y videos. Además, se les proporciona consejos para dejar de fumar, así como tres meses de apoyo telefónico. En el caso de Dornelas y cols. (2000), la intervención consiste en proporcionar consejos para dejar de fumar, explicar las fases por las que pasa un fumador hasta que deja de fumar y la importancia de la autoeficacia, así como proporcionar estrategias de prevención de recaídas y realizar siete llamadas telefónicas durante los seis meses siguientes al alta hospitalaria.

Hajek y cols. (2002), por su parte, ofrecen al grupo de intervención una sesión de alrededor de media hora en la que se le da al paciente información sobre los riesgos del tabaco y los beneficios de dejar de fumar, se entrega un folleto específico sobre la relación entre fumar y la recuperación cardíaca, y se le proporciona la oportunidad de ponerse en contacto con otros pacientes que habían dejado de fumar para que pudieran funcionar de apoyo mutuo. Por último, en el caso de Sivarajan y cols. (2004), la intervención se basa en consejo para dejar de fumar y 45 minutos de una sesión cognitivo-conductual de prevención de recaídas, además de 5 llamadas tras el alta hospitalaria.

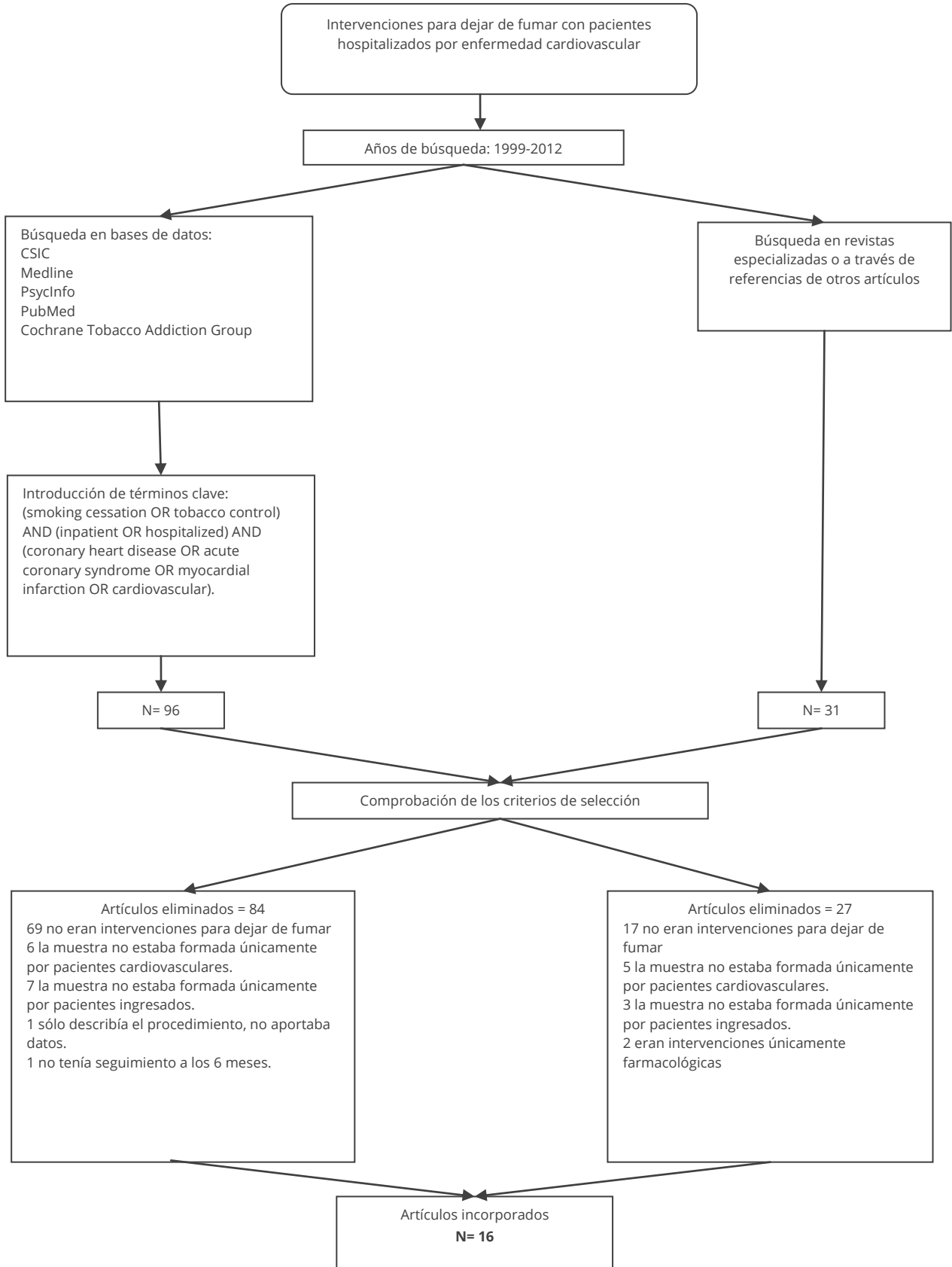


Figura 1. Procedimiento seguido para la selección de los artículos.

Como se puede observar en la Tabla 1, a excepción del estudio de Hajek y cols. (2002), en todos los estudios se obtienen porcentajes de abstinencia más elevados en el grupo que recibe la intervención respecto al grupo de cuidado habitual, aunque las diferencias sólo alcanzan significación estadística en dos casos (Dornelas y cols., 2000; y Jonson y cols., 1999). En estos dos estudios, las tasas de abstinencia a los seis meses en el grupo que recibe la intervención son del 67% en el estudio de Dornelas y cols. (2000) y del 46% en el de Jonson y cols. (1999), mientras que las del grupo que recibe cuidado mínimo son del 43% y del 31%, respectivamente.

Otro dato relevante hallado es el apuntado por Jonson y cols. (1999) que observaron que el grupo que recibía cuidado habitual tenía 3 veces más probabilidades de recaer en el consumo de tabaco.

Intervenciones con tratamiento farmacológico para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular

Respecto a las investigaciones que combinan el consejo y/o tratamiento psicológico para dejar de fumar con farmacoterapia (vareniclina, tratamiento de sustitución de nicotina y bupropión), encontramos 12 estudios que cumplen todos los criterios requeridos para ser incorporados en esta revisión (Tabla 2).

Los estudios de este apartado incluyen intervenciones para dejar de fumar con pacientes hospitalizados por algún tipo de enfermedad cardiovascular, pero seis de ellos presentan como criterio de selección en cuanto a la muestra la enfermedad por la que fueron ingresados. En concreto, dos de las investigaciones restringen la muestra a pacientes ingresados por infarto o cirugía cardiovascular (Hajek, Taylor y McRobbie, 2010; Smith y Burgess, 2009), tres, únicamente incorporan a pacientes con enfermedad coronaria aguda (Mohiuddin, Mooss, Hunter, Grollmes, Cloutier y Hilleman, 2007; Planer y cols., 2011; Rigotti y cols., 2006) y una de estas investigaciones se centra en pacientes ingresados debido a un ictus o un accidente isquémico transitorio (Bruner, Sorensen, Hyldahl, Heriksen y Banks, 2012).

Si atendemos al personal que llevó a cabo la intervención para dejar de fumar, encontramos que, en la mayoría de los casos, se trata de enfermeras sin formación específica al respecto, con la excepción del estudio de Rigotti y cols. (2006), en el cual se especifica que las enfermeras que realizaron las intervenciones fueron entrenadas a tal efecto, y de los estudios de Mohiuddin, Mooss, Hunter, Grollmes, Cloutier y Hilleman (2007) y de Samaan, Nowacki, Schulze, Magloire y Anand (2012) en los cuales la intervención fue realizada por un especialista en el tratamiento del tabaquismo. Mención especial merece el único estudio español incorporado en esta revisión (Martínez, Morchón, Masuet y Ramón, 2009), ya que en el mismo no se aclara qué tipo de personal fue el encargado de llevar a cabo la intervención, aunque sí se especifica que los datos

retrospectivos de abstinencia fueron recogidos por psicólogos entrenados.

Centrándonos en el objetivo de los estudios, la mayoría pretenden comparar distintos tipos de intervenciones para comprobar cuál de ellas es más eficaz. Sin embargo, cinco difieren de esta tónica. En concreto, el estudio de Rigotti y cols. (2006), analiza si el incorporar ayuda farmacológica (bupropión) a una terapia intensiva para dejar de fumar incrementa la abstinencia. Para ello, somete a dos grupos a la misma terapia (tratamiento multicomponente cognitivo-conductual y prevención de recaídas, junto con 5 llamadas telefónicas tras el alta) pero en uno administra bupropión y en el otro placebo. Encontraron que aunque a los seis meses la abstinencia era superior en el grupo sometido a bupropión (37,1% vs. 26,8%), al año estas diferencias no eran significativas ($p=0,49$). Planer y cols. (2011), igual que en el caso anterior, comparan dos grupos sometidos a la misma intervención para dejar de fumar (8 semanas de intervención motivacional y apoyo telefónico tras el alta), que se diferencian únicamente en que uno recibe bupropión y el otro placebo. No encontraron diferencias significativas entre el grupo sometido a bupropión y el que recibe placebo, ni a los 3 meses (45% vs. 44%), ni a los 6 (37% vs. 42%) ni al año (31% vs. 33%). En consonancia con estos datos, Smith y Burgess (2009) también informaron de una abstinencia significativamente más baja entre aquellos pacientes que usaron farmacoterapia que entre los que no la hicieron (39% vs. 68%; $p<0,001$).

Los otros tres estudios que no compararan distintos tratamientos son el de Hajek y col. (2010), el de Martínez y cols. (2009) y el de Samaan y cols. (2012). Estos estudios se centran en realizar una única intervención y proporcionar los datos de abstinencia que obtienen. Así, al año de seguimiento, Hajek y cols. encuentran una abstinencia del 41%, mientras que el porcentaje de abstinencia del estudio de Martínez y cols. se sitúa en el 62,2%. Por su parte, Samaan y cols. señalan que seis meses después de realizar la intervención, el porcentaje de abstinencia era del 24% y un 52,7% habían reducido su consumo de tabaco a la mitad. Asimismo, hallaron que la falta de confianza en las propias habilidades para dejar de fumar y una alta dependencia de la nicotina eran factores asociados con la no reducción y/o abandono del consumo de tabaco.

Por lo que respecta al resto de estudios, es decir, aquellos que comparan distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar, encontramos que, en general, al grupo control se le ofrece consejo breve para dejar de fumar e información general sobre las consecuencias del consumo de tabaco, además se acompaña en algunos casos (ej., Quist-Paulsen y Gallefoss, 2003; Smith y Burgess, 2009) de material de autoayuda, como folletos que se centran en explicar las consecuencias para la salud de fumar y que proporcionan algún consejo sobre cómo dejar de fumar y prevenir recaídas.

Tabla 1. Intervenciones para dejar de fumar sin tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular.

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Jonson y cols. (1999) Canadá	Determinar el efecto de una intervención para dejar de fumar realizada por enfermeras.	102 G.I.= 51 G.C.: 51	G.I.: dos contactos con la enfermera, folletos, videos, charlas y tres meses de apoyo telefónico. G.C.: cuidado habitual (consejo ocasional para dejar de fumar).	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 46% G.C.= 31% 3 veces más probable la recaída en el G.C.	Autoinformes
Dornelas y cols. (2000) EE.UU.	Evaluar la eficacia de una intervención para dejar de fumar con pacientes hospitalizados debido a un infarto de miocardio.	100 G.I.= 54 G.C.= 46	G.I.: un psicólogo proporciona consejo e informa de formas de prevenir recaídas y siete llamadas telefónicas durante los 6 meses posteriores al alta. G.C.: cuidado mínimo (recomendación de ver un video educativo y comentarlo con el psicólogo).	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 67% G.C.= 43% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 55% G.C.= 34%	Autoinformes Informes de terceros
Hajek y cols. (2002) Inglaterra	Evaluar una intervención breve para dejar de fumar en pacientes hospitalizados con problemas cardíacos (infartos o bypass).	540 G.I.= 274 G.C.= 266	G.I.: intervención breve administrada por enfermeras (1 sesión de 20/30 min., un folleto y una declaración del compromiso de dejarlo). G.C.: cuidado habitual (consejo verbal y un folleto para dejar de fumar).	Abstinencia a las 6 semanas: G.I.= 60% G.C.= 59% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 37% G.C.= 41%	Autoinformes Monóxido de carbono en aire espirado Cotina en saliva
Sivarajan y cols. (2004) EE.UU.	Comprobar la eficacia de una intervención para dejar de fumar en mujeres hospitalizadas por enfermedades cardiovasculares.	277 G.I.= 142 G.C.= 135	G.I.: asesoramiento médico, una sesión cognitivo-conductual de prevención de recaídas de 45 minutos y 5 llamadas telefónicas de 5 o 10 minutos tras el alta los 3 primeros meses. G.C.: consejo breve, un folleto de autoayuda y una lista de los recursos para dejar de fumar existentes en la comunidad.	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 51,5% vs. G.C.= 40,8% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 47,6% vs. G.C.= 41,7% Abstinencia a los 24 meses: G.I.= 48,5% vs. G.C.= 46,2% Abstinencia a los 30 meses: G.I.= 50 % vs. G.C.= 50%	Autoinformes

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control.

Asimismo, las intervenciones consisten en proporcionar información para dejar de fumar de una forma más extensa y centrada en las consecuencias que fumar tiene sobre su patología y no sólo a nivel general. Además, incluyen contactos con los pacientes tras el alta hospitalaria, junto con ayuda farmacológica (vareniclina, bupropión y terapia de sustitución de nicotina) para aquellos que la soliciten. En el estudio de Mohiuddin y cols. (2007) la intervención es mucho más completa. En este caso, además de proporcionar información para dejar de fumar, se entrena en relajación, habilidades sociales, control de estímulos y manejo del apoyo social. Otro caso destacable es el estudio de Chouinard y Robichaud-Ekstrand (2005), en el cual se comparan tres tratamientos, siendo la diferencia entre los dos grupos de intervención la existencia de contacto con el paciente tras finalizar la terapia. Señalar que las tasas más altas de abstinencia las obtienen los pacientes con seguimiento telefónico, seguido del grupo

sometido a la intervención que no tiene seguimiento telefónico y del grupo sometido al cuidado habitual (41,5% vs. 30,2% vs. 20%), siendo las diferencias entre los tres grupos estadísticamente significativas ($p = 0,05$).

Al observar los resultados obtenidos por los distintos estudios, encontramos que el grupo de intervención obtiene tasas de abstinencia más elevadas que el grupo control, a excepción del estudio de Cossette, Frasure-Smith, Robert, Chouinard, Juneau y Guertin (2011); aunque estas diferencias no siempre alcanzan significación estadística (ej., Bruner y cols., 2012; Pedersen, Johansen y Eksten, 2005).

El estudio de Cossette y cols. (2011) es destacable porque el porcentaje de abstinencia, a los 6 meses del alta hospitalaria, es mayor en el grupo que sólo recibe consejo para dejar de fumar por parte de una enfermera (grupo control) que en el grupo que además de este consejo también recibe seis

llamadas telefónicas tras su alta (30% v. 25%), aunque dichas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,72$).

Además de las tasas de abstinencia, se hallaron otros datos relevantes. Así, Pedersen y cols. (2005) encontraron que el reingreso en el hospital no estaba afectado por el hecho de dejar de fumar ($p=0,73$), mientras que Mohiuddin y cols. (2007)

hallaron que la probabilidad de reingreso era mucho menor ($p=0,007$) en el grupo sometido a un tratamiento intensivo para dejar de fumar, grupo que había conseguido una mayor tasa de abandono del tabaco. En este mismo estudio, también se encontró que el porcentaje de mortalidad fue menor ($p=0,014$) en el grupo de tratamiento intensivo (2,8%) que en el grupo de cuidado habitual (12%).

Tabla 2. Intervenciones para dejar de fumar con tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular.

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Quist-Paulsen y Gallefoss (2003) Noruega	Evaluar si una intervención para dejar de fumar realizada por enfermeras era eficaz.	240 G.I. = 118 G.C.= 122	GI: un folleto específico, consejos para prevenir las recaídas y cómo utilizar la TSN y contactos regulares durante al menos cinco meses. GC: 2 sesiones en las que recibían información y folletos.	Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 57% G.C.= 37%	Autoinformes Cotina en orina
Chouinard y Robichaud-Ekstrand (2005) Canadá	Evaluar la efectividad de un programa de abandono del tabaco.	168 G.I.1= 56 G.I.2= 56 G.C.= 56	G. I.1: una sesión de consejo de 1 hora y seguimiento telefónico (6 llamadas durante 2 meses). G. I.2: una sesión de consejo de 1 hora. G.C.: cuidado habitual (consejo breve).	Abstinencia a los 6 meses: G.I.1.= 41,5% vs. G.I.2= 30,2% vs. G.C.= 20%. El progreso en las fases de cambio: G.I.1.= 43,3%, G.I.2= 32,1%, y G.C.= 18,2%	Autoinformes Cotina en orina
Pedersen y cols (2005) Dinamarca	Investigar si una intervención para dejar de fumar era eficaz y si disminuía los reingresos.	105 G.I.= 54 G.C.= 51	G.I.: Información para dejar de fumar y 5 sesiones ambulatorias de 30 min. para dejar de fumar. G.C.: información para dejar de fumar.	Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 52% G.C.= 39% El reingreso en el hospital no estaba afectado por la condición de dejar de fumar ($p=0,73$).	Autoinformes
Rigotti y cols. (2006) EE.UU.	Comprobar la eficacia del bupropión en el abandono del tabaco en un grupo de pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular aguda.	248 G.I.= 124 G.C.= 124	G.I.: 12 semanas de bupropion (300 mg), programa multicomponente cognitivo-conductual y 5 llamadas. G.C.: 12 semanas de placebo, programa multicomponente cognitivo-conductual y 5 llamadas (hasta 12 semanas).	Abstinencia a los 3 meses: G.I.= 37,1% G.C.= 26,8% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 25% G.C.= 21,3%	Autoinformes Cotina en saliva

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control; TSN= Terapia de sustitución de nicotina.

Tabla 2. Intervenciones para dejar de fumar con tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular (Cont.).

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Mohiuddin y cols. (2007) EE.UU.	Comparar la efectividad de una intervención intensiva para dejar de fumar en fumadores de alto riesgo hospitalizados por una enfermedad cardiovascular aguda.	209 G.I.= 109 G.C.= 100	G.I.: tratamiento intensivo (1 sesión semanal de 60 min. durante 12 semanas de terapia de modificación de conducta). G.C.: cuidado habitual (consejo de 30 min. y material educativo durante la estancia en el hospital).	Abstinencia a los 3 meses: G.I.= 69% vs. G.C.= 15% Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 55% vs. G.C.= 13% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 39% vs. G.C.= 11% Abstinencia a los 24 meses: G.I.= 33% vs. G.C.= 9% Rehospitalizaciones: G.I.= 25 vs. G.C.= 41 Mortalidad del grupo: G.I.= 2,8% vs. G.C.= 12%	Autoinformes Monóxido de carbono en aire espirado
Martínez y cols. (2009) España	Estimar la abstinencia tras el alta hospitalaria en pacientes que recibieron una intervención mínima para dejar de fumar durante su ingreso en un hospital.	252	G.I.: asesoramiento conductual de 30 minutos realizado por una enfermera, material de autoayuda e información acerca de la unidad de deshabituación tabáquica del hospital. Se ofrecía también TSN a quien lo solicitase.	Abstinencia a las 24 horas del alta hospitalaria = 76,6% Abstinencia al mes = 71,4% Abstinencia a los 3 meses = 67,2% Abstinencia a los 9 meses = 64,1% Abstinencia al año = 62,2%	Autoinformes
Smith y Burguess (2009) Canadá	Examinar la eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes ingresados para un bypass o debido a un infarto agudo de miocardio.	276 G.I.= 137 G.C.= 139	G.I.: intervención intensiva (intervención mínima más 60 minutos de consejo, materiales de autoayuda y 7 llamadas de prevención de recaída realizadas por las enfermeras tras el alta durante 2 meses). G.C.: intervención mínima (consejo para dejar de fumar y 2 folletos).	Abstinencia autoinformada a los 12 meses: G.I.= 62% vs. G.C.= 46% Abstinencia confirmada: G.I.= 54% vs. G.C.= 35% Abstinencia continua autoinformada a los 12 meses: G.I.= 57% vs. G.C.= 39%	Autoinformes Otros informantes a los 12 meses

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control; TSN= Terapia de sustitución de nicotina.

Tabla 2. Intervenciones para dejar de fumar con tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular (Cont.).

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Hajek y cols. (2010) Inglaterra	Conocer la tasa de abstinencia tabáquica en fumadores ingresados por un infarto o para realizar una cirugía coronaria y establecer su relación con los niveles de estrés.	469	G.I.: breve intervención para dejar de fumar proporcionada por enfermeras del hospital (asesoramiento más prevención de recaídas).	Abstinencia al año = 41% Disminución del estrés percibido entre aquellos pacientes que dejaron de fumar (p <0,001)	Cotina en saliva
Cossette y cols. (2011) Canadá	Evaluar si una intervención para dejar de fumar realizada por enfermeras es eficaz.	40 G.I.= 20 G.C.= 20	G.I.: cuidado habitual (una o más sesiones de consejo proporcionado por la enfermera) y 6 llamadas telefónicas hasta las 12 semanas. G.C.: cuidado habitual	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 30% vs. G.C.= 25% (p = 0,72)	Autoinformes
Planer y cols. (2011) Israel	Comparar la eficacia de añadir bupropion a un tratamiento para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo.	149 G.I.= 74 G.C.= 75	G.I.: 8 semanas de tratamiento (consejo para dejar de fumar proporcionado por una enfermera y apoyo telefónico tras el alta a lo largo de un año) y bupropión. G.C.: 8 semanas de tratamiento y placebo.	Abstinencia a los 3 meses: G.I.= 45% vs. G.C.= 44% Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 37% vs. G.C.= 42% Abstinencia continua al año: G.I.= 31% vs. G.C.= 33%	Autoinformes
Bruner y cols. (2012) Dinamarca	Evaluar una intervención para dejar de fumar con pacientes hospitalizados debido a un ictus o un accidente isquémico transitorio.	94 G.I.1.= 45 G.I.2.= 49	G.I. 1: intervención mínima (asesoramiento individual de 30 minutos realizado por enfermeras). G.I.2: intervención intensiva (asesoramiento, 1 sesión ambulatoria de 30 min. y 5 llamadas telefónicas a lo largo de 4 meses)	Abstinencia autoinformada a los 6 meses: G.I.1= 37,8% vs. G.I.2= 42,9% Abstinencia validada a los 6 meses: G.I.1= 28,9% vs. G.I.2= 32,7%	Autoinformes Monóxido de carbono en aire espirado
Samaan y cols. (2012) Canadá	Informar sobre las tasas de abstinencia y/o la reducción del consumo de tabaco en pacientes con enfermedad cardiovascular.	186	G.I.: tratamiento conductual (asesoramiento realizado por un especialista) y farmacológico (TSN)	Abstinencia a los 6 meses: 24% Reducción del consumo en un 50% a los 6 meses: 52,7%	Autoinformes

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control; TSN= Terapia de sustitución de nicotina

DISCUSIÓN

La presente investigación tenía por objetivo realizar una revisión de las intervenciones para dejar de fumar desarrolladas en contextos hospitalarios con pacientes cardiovasculares, para determinar cómo se llevan a cabo, su eficacia y qué tipo de intervención es la más adecuada para estos pacientes. Dicha revisión ha aportado una serie de aspectos claves que se tratan a continuación.

Las intervenciones halladas muestran diferencias tanto en contenido y en intensidad, como en función de quién las lleva a cabo. Se han encontrado estudios que sólo incluyen intervenciones conductuales para dejar de fumar (ej., Hajek y cols., 2010; Pedersen y cols., 2005), e intervenciones que combinan este procedimiento con tratamientos farmacológicos, fundamentalmente terapia sustitutiva de nicotina y/o bupropión (ej., Planer y cols., 2011; Samaan y cols., 2012).

También podemos observar que en algunos estudios se han realizado intervenciones breves que sólo tienen lugar durante la hospitalización (ej., Hajek y cols., 2002, 2010), y en otros las intervenciones continúan tiempo después del alta hospitalaria (ej., Bruner y cols., 2012; Dornelas y cols., 2000). Asimismo, en cuanto a los profesionales que las llevan a cabo, éstas no siempre son realizadas por personal entrenado para este fin. Todas estas diferencias, respecto al procedimiento seguido en las distintas intervenciones, dificulta la tarea de comparar los resultados hallados.

Cabe destacar que aunque se sabe mucho sobre cómo el tabaco influye en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, en sus complicaciones, y en la mortalidad cardiovascular (Fernández y cols., 2011), hasta el momento se han publicado pocos estudios realizados con fumadores hospitalizados por estas patologías cuyo objetivo sea ayudarles a dejar de fumar. Además, la práctica totalidad de los estudios han sido publicados fuera de nuestro medio. Señalar, que en el caso de España sólo una publicación (Martinez y cols., 2009)

cumple los criterios de inclusión en esta revisión, y dicho estudio presenta la limitación metodológica de que sus datos no ofrecen una comparación con un grupo control que permita observar si las tasas de abstinencia de los pacientes sometidos a la intervención son superiores a aquellos que únicamente reciben el cuidado habitual, si bien aporta tasas de abstinencia autoinformada muy altas.

A nivel general, se observa que las intervenciones de más intensidad, que continúan con seguimientos después del alta, son las que muestran mayores efectos (ej., Chouinard y Robichaud-Ekstrand, 2005; Mohiuddin y cols., 2007; Quist-Paulsen y Gallefoss, 2003; Smith y Burguess, 2009), cuya abstinencia al año se sitúa en la mayoría de los estudios en torno al 50% (Dornelas y cols., 2000; Mohiuddin y cols., 2007; Quist-Paulsen y Gallefoss, 2003; Smith y Burguess, 2009), tasas superiores a las halladas en intervenciones realizadas con fumadores con otro tipo de patologías (Lira-Mandujano, Míguez y Cruz-Morales, 2013). Por el contrario, con este tipo de pacientes las intervenciones breves realizadas en el hospital que no conllevan un seguimiento después del alta no muestran resultados significativamente superiores al cuidado habitual (ej., Hajeck y cols., 2002) consistente generalmente en ofrecer consejo antitabaco.

A lo anterior hay que añadir otros efectos observados, pues Mohiuddin y cols. (2007) también encontraron que, en un seguimiento de dos años, la intervención conductual aplicada produjo una disminución del riesgo relativo de la mortalidad y del riesgo de reingreso en el hospital. Asimismo, Feeney y cols. (2001) hallaron que de 198 pacientes ingresados en una unidad de cuidados coronarios, en el grupo de atención habitual (grupo control) hubo una tasa muy alta de abandonos del estudio (79%) y una tasa muy baja (1%) de abandono del hábito de fumar a los 12 meses, mientras que en el grupo de intervención la tasa de pérdidas fue del 55% y la de abandono del tabaco del 34%.

Los datos apuntados van en la misma línea de los hallados por Barth, Critchley y Bengel (2006) en su revisión de la eficacia de las intervenciones psicosociales para dejar de fumar en pacientes con enfermedad cardiovascular. Analizaron 19 ensayos con un mínimo de seguimiento de 6 meses en los que se comparaba una intervención psicosocial con "el cuidado usual". Encontraron que los ensayos que utilizaban intervenciones conductuales o contacto telefónico eran superiores a las técnicas de autoayuda (OR= 1.65 para las intervenciones conductuales, OR = 1.58 para el apoyo telefónico y OR = 1.47 para la autoayuda). Además, las intervenciones más intensas incrementaban los porcentajes de abstinencia (OR= 1.95), mientras que las intervenciones de intensidad baja no parecían ser eficaces (OR = 0.92). También se encontró que los estudios con la validación bioquímica del estatus de fumador en los seguimientos tenían una eficacia más baja que aquellos que no validaban dicho estatus. Dato que corroboramos en la presente revisión. Esto es indicativo de la existencia de un

porcentaje de fumadores con patología cardiovascular que afirman encontrarse abstinentes cuando en realidad no lo están, hecho que puede ser debido al efecto de la deseabilidad social, o la tendencia a proporcionar respuestas socialmente aceptables, lo cual apoya la idea defendida por algunos autores de la importancia de verificar los autoinformes de abstinencia a través de una prueba bioquímica, o de lo contrario asumir que los porcentajes de abstinencia obtenidos pueden estar sobreestimados en torno a un 10% (Becoña y Míguez, 2006).

En este conjunto de estudios, no existen suficientes pruebas para poder concluir que incorporar ayuda farmacológica, como la terapia de sustitución de nicotina o el bupropión, a una intervención intensiva incrementa significativamente las tasas de abandono del tabaco (ej., Planer y cols., 2011; Rigotti y cols., 2006). Además, hay que tener en cuenta que el empleo de los tratamientos de sustitución de nicotina pueden tener contraindicaciones en pacientes con afecciones coronarias inestables (Hernández, González y Julián, 2006), así como el bupropión está contraindicado en pacientes con alto riesgo de apoplejía (Rigotti y cols., 2006).

Un aspecto que también hay que tener presente a la hora de interpretar los datos obtenidos en esta revisión es que el tipo de personal que ha llevado a cabo las intervenciones para dejar de fumar es diferente de un estudio a otro, hecho que podría haber influido en los resultados obtenidos. En la mayoría de los estudios las intervenciones fueron realizadas por enfermeras, en ocasiones con poca formación para efectuar esta tarea. Una de las pocas intervenciones que ha sido realizada por psicólogos con experiencia (Dornelas y cols., 2000) muestra resultados muy positivos (67% de abstinencia a los 6 meses y 55% a los 12). Por tanto, sería de interés poder comparar las intervenciones en función del nivel de formación del profesional de la salud que las aplica, pues aunque algunos demuestran mucha voluntad de colaboración, no han recibido la formación adecuada para ello.

Cabe destacar que las tasas de abandono espontáneas del tabaco de estos pacientes son más elevadas que las observadas en la población general (Jonson y cols., 1999), pues es indudable que el diagnóstico de una patología o el ingreso en un hospital tras un episodio agudo, sobre todo si es atribuible al consumo de tabaco, desempeña un papel decisivo en la motivación del fumador para dejar de fumar. Aún así, el número de enfermos cardiovasculares que continúa fumando o recae a los pocos meses es importante, pues solo alrededor de un 50% permanece abstinentes a los 3 meses del alta hospitalaria (Goldstein y Niaura, 2000). La realidad de estos casos es que la mayoría no ha recibido ningún apoyo terapéutico para dejar de fumar, ni durante su estancia hospitalaria, ni después del alta.

Debemos hacer hincapié en que este tipo de pacientes no sólo deje de fumar, sino que se mantenga abstinentes tras el episodio que motivó su ingreso y, para ello, sería deseable una mayor implicación por parte de los clínicos a la hora de ofrecer

ayuda para dejar de fumar a estos pacientes, especialmente cuando ya han sufrido algún evento cardiovascular. Todos los profesionales sanitarios deberían estar concienciados de la importancia que el consumo de tabaco tiene para la salud de sus pacientes. Lo recomendable sería ofrecer ayuda para dejar de fumar de forma rutinaria, pues se ha comprobado (Aveyard, Begh, Parsons y West, 2011) que genera más intentos de abandono que dar consejo y ofrecer ayuda solo a los que la demandan, pues de esta forma se excluye a muchos que podrían beneficiarse.

Los resultados hallados en esta revisión nos permiten poder afirmar que una intervención mínima, consistente en consejo breve en el marco de la rutina diaria durante la hospitalización no resulta suficiente para mantener la abstinencia tabáquica (ej., Hajek y cols., 2002; Martínez y cols., 2009). Las intervenciones más adecuadas para que los pacientes cardiovasculares hospitalizados dejen de fumar son aquellas de mayor intensidad, que constan de un tratamiento estructurado e intensivo y que conllevan un seguimiento tras el alta hospitalaria de al menos tres meses (Mohiuddin y cols., 2007). Este hecho parece indicar que el seguimiento de los pacientes después del alta es un factor relevante para que la intervención sea eficaz. Esto podría ser tenido en cuenta para llevar a cabo este tipo de intervenciones en los hospitales españoles, ya que es un aspecto que está aún por desarrollar en nuestro país, pues son escasos los servicios hospitalarios que realizan algún programa de intervención más allá de la recomendación de dejar de fumar.

REFERENCIAS

- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A. y West, R. (2011). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107, 1066-1073.
- Banegas, J., Díez, L., Bañuelos, B., González, J., Villar, F., Martín, J., Córdoba, R., Pérez, A. y Jiménez, C. (2011). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina Clínica*, 136, 97-102.
- Barth, J., Critchley, J. y Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioural Medicine*, 32, 10-20.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Concordance of self-reported abstinence and measurement of expired air carbon monoxide in a self-help smoking cessation treatment. *Psychological Reports*, 99, 125-130.
- Bruner, N., Sorensen, M., Hyldahl, T.K., Heriksen, R.M. y Banks, S. (2012). Smoking cessation intervention after ischemic stroke or transient ischemic attack. A randomized controlled pilot trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 14, 443-447.
- Chouinard, M.C. y Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54, 243-54.
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., Robert, M., Chouinard, M.C., Juneau, M. y Guertin, M. (2011). A pre assessment for nursing intervention to support tobacco cessation in patients hospitalized for cardiac problems: a pilot study. *Recherche en Soins Infirmiers*, 105, 60 - 75.
- Critchley, J.A. y Capewell, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary artery disease. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 290, 86-97.
- Dornelas, E., Sampson, R., Gray, J., Waters, D. y Thompson, P. (2000). A randomized controlled trial of smoking cessation counselling after myocardial infarction. *Preventive Medicine*, 30, 261-268.
- Feeney, G.F., McPherson, A., Connor, J.P., McAlister, A., Young, M.R. y Garrahy, P. (2001). Randomized controlled trial of two cigarette quit programmes in coronary care patients after acute myocardial infarction. *Internal Medicine Journal*, 31, 470 - 475.
- Fernández, J., Sanz, V., Garrido, P. y López, E. (2011). Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Estudio RETRATOS. *Atención Primaria*, 43, 595-603.
- García-Rubira, J.C. y López, G.A. (1998). Tabaco y enfermedades cardiovasculares. En: E. Becoña, *Libro blanco de prevención del tabaquismo* (pp.31-41). Barcelona: Glosa Ediciones.
- Goldenberg, I., Jonas, M., Tenenbaum, A., Boyko, V., Matetzky, S., Shotan, A., Behar, S. y Reicher-Reiss, H. (2003). Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2301-2305.
- Goldstein, M.G. y Niaura, R. (2000). Methods to enhance smoking cessation after myocardial infarction. *Medical Clinics of North America*, 84, 63-80.
- Hajek, P., Taylor, T. y McRobbie, H. (2010). The effects of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*, 105, 1466-1471.
- Hajek, P., Taylor, T. y Mills, P. (2002). Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324, 87-89.
- Hernández, M.A., González, M., y Julián, G. (2006). Deshabituación tabáquica en situaciones especiales. En M. Barrueco, M.A., Hernández y M. Torrecilla (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp. 313 - 332). Madrid: ERGON.
- Jonson, J., Budz, B., Mackay, M. y Miller, C. (1999). Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart and Lung*, 28, 55-64.
- Kannel Wg. y Higgins M. (1990). Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *Journal of Hypertension*, 8, S3-S8.
- Lira-Mandujano, J., Míguez, M. C. y Cruz-Morales, S. E. (2013). Psychological approaches to increase tobacco abstinence in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A Review. En B.H. Mahboud and M. Vats (Eds.), *Respiratory disease and infection-A new insight* (pp. 231-251). Croatia: InTEch.
- Lopez, V. y García, J.C. (2004). Tabaco y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*, 16 (supl. 2), 101-114.
- Martínez, L., Morchón, S., Masuet, C. y Ramón, J. (2009). Breve intervención de cesación tabáquica en enfermos cardiovasculares hospitalizados. *Revista Española de Cardiología*, 62, 447-450.
- Mohiuddin, S.M., Mooss, A.N., Hunter, C.B., Grollmes, T.L., Cloutier, D.A. y Hilleman, D.E. (2007). Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*, 131, 446-452.
- Pedersen, L., Johansen, S. y Eksten, L. (2005). Smoking cessation among patients with acute heart disease. A randomised intervention project. *Ugeskrift for Laeger*, 167, 3044-3047.
- Planer, D., Lev, I., Elitzur, Y., Sharon, N., Ouzan, E., Pugatsch, T., Chasid, M., Rom, M. y Lotan, C. (2011). Bupropion for smoking cessation in

- patients with acute coronary syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 171, 1055-1060.
- Quist- Paulsen, P. y Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *British Medical Journal*, 327, 1-4.
- Rea, T.D., Heckbert, S.R., Kaplan, R.C., Smith N.L., Lemaitre R.N., Psaty B.M. (2002). Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 137, 494-500.
- Rigotti, N.A., Munafo, M.R. y Stead, L.F. (2008). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En *The Cochrane Library 2008, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Rigotti, N.A., Thorndike, A.N., Regan, S., McKool, K., Pasternak, R.C., Chang, Y., Swartz, S., Torres-Finnert, N., Emmond, K.M. y Singer, D.E. (2006). Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *American Journal of Medicine*, 119, 1080-1087.
- Samaan, Z., Nowacki, B., Schulze, K., Magloire, P. y Anand, S.S. (2012). Smoking cessation intervention in a cardiovascular hospital based clinical setting. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*. Article ID 970108, 7 pages.
- Sivarajan, E.S., Miller, N.H., Christopherson, D.J., Martin, K., Parker, K.M., Amoneti, M., Lin, Z, Sohn, M, Benowitz, N., Taylor, C.B. y Bacchetti, P. (2004). High rates of sustained smoking cessation in women hospitalized with cardiovascular disease the women's initiative for nonsmoking (WINS). *Circulation*, 109, 587-593.
- Smith, P. y Burgess, E. (2009). Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 180, 1297-1303.
- United States Department of Health and Human Services (1990). *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- United States Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.
- United States Department of Health and Human Services (2010). *How tobacco smoke causes disease. The biology and behavioural basis for smoking-attributable disease*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Van Domburg, R.T., Meeter, K., van Berkerl, D.F.M., Veldkomp, R.F., van Herwerder, L.A. y Bogers, A.J. (2000). Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: A 20-year follow-up study. *Journal of the American College of Cardiology*, 36, 878-883.
- World Health Organization (2011). *Who report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization.