Aten Primaria. 2013;45(2):115–120

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ARTÍCULO ESPECIAL

Intervenciones en tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares

José Ignacio de Granda-Orive[a,*], Segismundo Solano-Reina[b] y Carlos Andrés Jiménez-Ruiz[c]

[a] *Servicio de Neumología, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España*
[b] *Servicio de Neumología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*
[c] *Unidad Especializada de Tabaquismo, Comunidad de Madrid, Madrid, España*

Recibido el 22 de agosto de 2011; aceptado el 19 de diciembre de 2011
Disponible en Internet el 10 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE
Tabaquismo;
Fumador;
Enfermedades Cardiovasculares;
Sistema Nacional de Salud;
Atención primaria

Resumen El tabaco es el principal factor de riesgo cardiovascular, presentando, además, una relación dosis–respuesta. Se ha comprobado que una política agresiva, no solo contra el consumo, consigue una disminución significativa en la mortalidad cardiovascular. Debemos, por lo tanto, facilitar y realizar acciones dirigidas a impedir o disminuir la incidencia del tabaquismo (prevención primaria), a la detección precoz del fumador y a reducir la prevalencia (prevención secundaria) y, por último, a actuar sobre los efectos del humo del tabaco evitando complicaciones y recaídas (prevención terciaria). Por ello, desde todos los niveles asistenciales de nuestro sistema de salud se debe intervenir para que los fumadores no desarrollen enfermedades, así como para que los pacientes con enfermedades cardiovasculares dejen de fumar, tanto desde la atención primaria como desde la especializada.
© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Tobacco;
Smoking;
Cardiovascular Diseases;
National Health System;
Primary Care

Smoking intervention in patients with cardiovascular diseases

Abstract Smoking tobacco is the main cardiovascular risk factor and has a dose-dependent response. It has been shown that an aggressive policy, not only against consumption, achieves a significant decrease in cardiovascular deaths. Thus, we must provide and carry out activities to prevent or decrease the incidence of smoking (primary prevention), and to the early detection of the smoker and to reduce the prevalence (secondary prevention), and lastly to act on the effects of tobacco smoke, preventing complication and remissions (tertiary prevention). Thus, all health care levels must act in order that smokers do not develop cardiovascular disease when they quit smoking, both from Primary, as well as specialist care.
© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: igo01m@gmail.com (J.I. de Granda-Orive).

0212-6567/$ – see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.aprim.2011.12.006

Introducción

El tabaquismo se considera la primera causa evitable de muerte en nuestra sociedad, siendo el tabaquismo pasivo la tercera. En España, en la última década, la prevalencia del tabaquismo ha ido disminuyendo. En la Encuesta Nacional de Salud española del año 2001[1] la prevalencia total de tabaquismo en la población española de 16 años o más fue del 31,6% para fumadores diarios y del 2,8% para los esporádicos. En la Encuesta Europea de Salud de España (2009/2010)[2], la prevalencia ha descendido al 26,2% en fumadores diarios, y fue del 3,7% en fumadores esporádicos. Estos resultados son debidos, en gran medida, a la implantación de las nuevas leyes españolas antitabaco[3].

Están fuera de toda duda los efectos nocivos del tabaco sobre la salud de los fumadores, habiéndose relacionado su consumo con más de 25 enfermedades, entre ellas el 30% de los cánceres diagnosticados en la población. Aunque se relaciona el tabaquismo con neoplasias de la cavidad oral, laringe, faringe, esófago, vejiga y riñones, es con el cáncer de pulmón con el que directamente está asociado[4], siendo este, en la actualidad, la segunda causa de muerte en los hombres fumadores españoles, conviviendo en múltiples ocasiones con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)[5]. En efecto, la EPOC es actualmente una enfermedad prevalente en nuestro país[6] y, a pesar de que su pronóstico ha ido mejorando en el tiempo, continúa suponiendo una morbimortalidad importante que precisa de amplios recursos asistenciales y sociales para su tratamiento[7,8]. El efecto del humo del tabaco sobre el feto en la mujer embarazada es de gran importancia, siendo conocida la dificultad de las madres para dejar el consumo y la limitación que existe en la ayuda farmacológica que se les puede aportar[9,10]. La investigación alrededor del tabaco conforma importantes grupos de científicos que de forma multidisciplinar profundizan en su estudio[11]. Por todo ello, el consumo de tabaco ha sido reconocido como la causa aislada más importante de morbimortalidad prematura prevenible. No podemos olvidar al tabaquismo pasivo al cual, gracias a las leyes aprobadas recientemente en nuestro país, se le ha puesto un coto importante[3].

Los datos anteriores muestran los enormes costes derivados fundamentalmente de los gastos sanitarios, las pérdidas de productividad generadas por el aumento de la morbilidad y mortalidad prematuras, y los debidos a incendios y daños sobre la propiedad, sin olvidar los directamente relacionados con las intervenciones en tabaquismo. La oferta de ayuda al fumador que debe dejar de fumar es una prioridad de los sistemas nacionales sanitarios, y se dispone de estrategias que han demostrado ser coste-efectivas, no solo en el ámbito de la prevención, sino también en el del tratamiento clínico[12].

El tabaco es el principal factor de riesgo cardiovascular, presentando además una relación dosis–respuesta, según la cual por cada 10 cigarrillos diarios consumidos se produce un incremento del 18% en el riesgo en hombres y del 31% en mujeres[13]. Es conocido que, al cabo de 2 o 3 años después de dejar de fumar, el riesgo cardiovascular es similar al de la población no fumadora. Por ello, se ha comprobado que una política agresiva, y no solo contra el consumo (espacios sin humo, evitar el inicio, información,...), consigue una disminución significativa de la mortalidad cardiovascular. Debemos, por lo tanto, realizar acciones dirigidas a impedir o disminuir la incidencia de tabaquismo (prevención primaria), a la detección precoz del fumador y la reducción de la prevalencia (prevención secundaria), y por último a actuar sobre los efectos del humo del tabaco evitando complicaciones y recaídas (prevención terciaria).

El motivo de este artículo es revisar aquellas intervenciones en tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares desde la atención primaria a la especializada.

Intervenciones en tabaquismo

Atención primaria

Las características de la atención primaria le otorgan una serie de ventajas a la hora de atender a la población. Cabe destacar que es el primer contacto del fumador con los profesionales de la salud y que presenta una accesibilidad universal en nuestro país, lo que favorece la continuidad de la atención, pudiendo, por ello, actuar en los 3 ámbitos de la prevención.

Olano et al.[14] revisaron la importancia de la intervención mínima en tabaquismo en atención primaria, indicando que la atención correcta al paciente fumador en este nivel asistencial es éticamente imprescindible, dadas las consecuencias para la salud que supone el consumo de tabaco y los enormes beneficios de dejar el hábito. Los autores establecieron un protocolo de atención al fumador en atención primaria, proponiendo el cambio de mentalidad del clínico y sus patrones de práctica, intentando que el sanitario identifique a todo fumador y que este reciba al menos una intervención breve.

La intervención sobre el paciente fumador desde atención primaria debe ser sistemática, adaptada al medio asistencial y al paciente, concreta, realista y basada en la evidencia científica disponible. Efectivamente, Torrecilla García et al.[15] quisieron comparar la eficacia que sobre la abstinencia tabáquica tienen tanto el consejo antitabaco ofrecido de forma aislada y puntual, la intervención mínima sistematizada, y la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) aplicadas en el marco de una consulta de atención primaria. Los autores obtuvieron, mediante la intervención mínima, una abstinencia puntual al año de seguimiento del 39%, y del 30,9% como abstinencia mantenida, frente al 11% de abstinencia puntual del grupo en el que realizaron un consejo aislado, comprobando además la eficacia de la TSN para conseguir y mantener la abstinencia. Por ello concluyen que la atención primaria es un marco idóneo para la intervención contra el tabaquismo mediante cualquiera de las intervenciones establecidas, por lo que deberían formar parte de la actividad diaria de estas consultas. Los mismos autores, un año después, publicaron un trabajo cuyo objetivo fue valorar si la atención primaria ofrece un marco adecuado para el abordaje del tabaquismo de forma global, tanto con la intervención mínima sistematizada como mediante TSN, comparando sus resultados con los de una unidad especializada en tabaquismo[16]. Los autores concluyeron que sus resultados les permiten aconsejar el tratamiento del tabaquismo de forma global en el marco de la atención primaria.

Lo anterior ya había sido comprobado por Aleixandre i Martí et al.[17] hace años, cuando evaluaron la eficacia al

año de 2 tipos de intervención de deshabituación tabáquica (intervención mínima y avanzada) en atención primaria. Aunque los resultados fueron mejores en la atención avanzada, las diferencias con la intervención mínima no fueron significativas en ninguno de los momentos de seguimiento, por lo que los autores concluyeron que con los datos obtenidos no pueden afirmar que una intervención es mejor que la otra en términos de eficacia, y que el efecto decrecía según avanza el tiempo.

Camarelles et al.[18], en un ensayo clínico aleatorizado, compararon la efectividad de una intervención grupal y otra individual en el abordaje del tabaquismo en atención primaria. Los autores concluyeron que la terapia grupal no fue más efectiva que una terapia individual para ayudar a dejar de fumar. Ochoa Prieto et al.[19] diseñaron un trabajo descriptivo para conocer la tasa de abstinencia del consumo de tabaco y analizaron, además, las variables asociadas en un abordaje grupal multicomponente en un centro de salud. Los autores encontraron que la terapia grupal para dejar de fumar es un abordaje eficiente, que el tratamiento farmacológico triplica la probabilidad de éxito al año, siendo los que obtuvieron una puntuación ≥ 4 en el test de Fagerström completo o ≥ 2 en la primera pregunta del test, aquellos con múltiples recaídas; las mujeres y los que se habían mantenido abstinentes menos de 6 meses en anteriores intentos los que más se beneficiaron del tratamiento farmacológico. Recientemente se ha publicado un trabajo[20] que evaluaba la efectividad de una intervención en atención primaria según el estadio de cambio del fumador, encontrando que una intervención de este tipo aumenta las tasas de abstinencia tras 2 años de seguimiento en pacientes fumadores que acuden a centros de salud.

Como podemos deducir de todo lo anterior, son varios los formatos de abordaje que pueden ser útiles en atención primaria para ayudar a los fumadores a dejar de fumar y extensibles a todos aquellos fumadores con diversas enfermedades crónicas. En efecto, Sánchez et al.[21] diseñaron, evaluaron y transfirieron a la rutina diaria de un centro de salud un programa de prevención activo denominado «prescribe vida saludable». El programa incorporaba técnicas, instrumentos y estrategias para promover actividad física, dieta sana, no fumar y moderar el consumo de alcohol, lo que se asocia con un descenso de las tasas de incidencia y mortalidad de las enfermedades crónicas habituales. Para conseguir llevar a cabo el programa, los autores indicaban la necesidad de compromiso por parte de los profesionales del centro de salud desarrollando un trabajo multidisciplinario de todos los implicados. Cabrera Sierra et al.[22] evaluaron la efectividad de una estrategia de intervención preventiva sobre el estilo de vida basada en entrevistas telefónicas estructuradas, y encontraron que la intervención puede ser efectiva para reducir el riesgo, con diferencias significativas en cuanto a la mejoría, entre el grupo de intervención y el grupo control. El programa Heartwatch es un programa de prevención secundaria desarrollado en Irlanda en 2003 para atención primaria y que tenía como diana las enfermedades coronarias. Fitzpatrick et al.[23] analizaron los efectos de dicho programa sobre los factores de riesgo cardiovascular, y hallaron una mejoría importante en casi todos ellos, consiguiendo una abstinencia tabáquica de un 10% al final de la intervención a los 3,5 años de seguimiento. Ramos et al.[24] desarrollaron un programa de intervención en tabaquismo en atención primaria en pacientes fumadores en estadio de preparación para ayudarles a dejar de fumar con el objetivo de comparar diferentes intervenciones (intervención intensiva individual, intervención intensiva en grupo e intervención mínima). Aunque los resultados fueron mejores, en cuanto a abstinencia, en las intervenciones más intensivas, no existieron diferencias significativas entre hacerlas individuales o en grupo, ni de estas con la intervención mínima.

Como vemos, son numerosas las posibilidades de intervención en atención primaria. Linder et al.[25], con el objetivo de mejorar la documentación y el tratamiento del tabaquismo en atención primaria, desarrollaron e implementaron una intervención, aleatorizada y controlada, mediante un registro electrónico de salud encontrando que, aunque no se llegó a prescribir una mayor cantidad de medicación a estos pacientes fumadores, sí se aumentó el número de consultas y se mejoró la documentación existente.

Gómez Marcos et al.[26] evaluaron la permanencia de los efectos conseguidos con una intervención de mejora de calidad en los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el riesgo cardiovascular, como resultados intermedios, en pacientes hipertensos con seguimiento en atención primaria. Los autores encontraron que los ciclos de mejora de calidad con los profesionales de atención primaria son efectivos para mejorar el control de los FRCV, disminuyendo las cifras de valores absolutos y aumentando así el porcentaje de pacientes que presentan buen control. Sin embargo, la permanencia de estos efectos tiene un comportamiento diferente según el factor de riesgo analizado tendiendo a amortiguarse en el tiempo. Kotseva et al.[27] evaluaron el seguimiento y cumplimiento de las guías conjuntas europeas en la prevención de enfermedades cardiovasculares en sujetos con un alto riesgo, y encontraron que el estilo de vida de estas personas es la causa relacionada con la persistencia del consumo de tabaco y la alta prevalencia de obesidad manteniendo un control inadecuado la presión arterial, la glucemia y la concentración de lípidos, y sin alcanzar, la mayoría de los pacientes, los objetivos definidos en estas guías de prevención. Por ello, los autores concluyen que se necesita una aproximación sistemática multidisciplinar que incida sobre el estilo de vida de los pacientes por parte de los profesionales de atención primaria, de enfermería y del sistema de salud para que se invierta en prevención.

Haug et al.[28] analizaron los predictores y moderadores de cesación tabáquica en un grupo de fumadores incluidos en un programa ideado para valorar la eficacia de intervenciones breves realizadas por médicos de atención primaria y de cartas generadas y aportadas por ordenador, en comparación con un grupo control. Los autores encontraron, como predictores positivos de abstinencia a los 6 meses, haber recibido consejo médico previo, un mayor tiempo de seguimiento, ser mujer, un mayor nivel educativo, tener intención de dejar de fumar y una mayor autoeficacia. Como predictores negativos hallaron tener pareja fumadora y una mayor dependencia por la nicotina.

Desde hace unos años se ha podido comprobar la eficacia de las intervenciones realizadas por enfermería sobre enfermos con patologías cardiovasculares[29,30]. Incluso se ha podido demostrar una mayor adherencia de enfermería a una guía de prevención cardiovascular comparada con los médicos de atención primaria, de manera que los

consejos sobre vida saludable fueron más frecuentes en las enfermeras[31].

Como hemos podido comprobar, las intervenciones en tabaquismo en atención primaria son eficaces, reconocidas y habituales, pues consiguen prevenir las enfermedades cardiovasculares y deben estar, por lo tanto, incorporadas a la práctica clínica[32,33].

Atención al paciente hospitalizado

El paciente hospitalizado reúne una serie de características que le hacen especialmente motivado para poder actuar sobre él. En primer lugar, la enfermedad causante de su ingreso hospitalario podría haber sido debida o exacerbada por el tabaco. En segundo lugar, el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad a los riesgos para la salud por fumar, estando por ello especialmente receptivo a las indicaciones de su médico responsable y de enfermería. Por otro lado, estando ingresado, el paciente se encuentra en un lugar libre de humo, lo que ayudaría a la cesación y a afianzar la decisión de dejar el consumo.

Se han establecido intervenciones por pasos para pacientes hospitalizados[34]. Se ha podido comprobar que dichas intervenciones son efectivas independientemente del motivo del ingreso del paciente, que una intervención intensiva (contacto con el enfermo y seguimiento posterior durante un mes) se asocia a una tasa de abandono del tabaquismo mayor, siendo el seguimiento tras la hospitalización un elemento clave en la abstinencia. Incluso se ha demostrado en estos pacientes la eficacia, para ayudar a dejar de fumar, de los tratamientos farmacológicos, los cognitivo-conductuales y los materiales de autoayuda[35].

Ladapo et al.[36], usando datos de metaanálisis basados en ensayos aleatorizados sobre cesación tabáquica, desarrollaron un modelo clínico−económico que incorporaba más de trescientos mil pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio. Encontraron que incorporar a estos pacientes hospitalizados un consejo médico de cesación tabáquica y realizar un seguimiento posterior sobre ellos aumentaría considerablemente el número de abstinentes, siendo realmente la medida coste−efectiva. En efecto, las intervenciones para ayudar a dejar de fumar realizadas sobre pacientes con enfermedades cardiovasculares que ingresan por un evento agudo coronario son efectivas al compararlas con un grupo sobre el que no se ha intervenido, como comprobaron Paulsen et al.[37].

En España, Martínez García et al.[38] quisieron determinar las tasas de abstinencia al año del alta de pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular realizándoles una intervención mínima. Los autores encontraron que, aunque existe un aumento de las recaídas en el tiempo, las tasas de abstinencia se mantenían al año por encima del 60%, siendo los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica los que menos probabilidades de recaer tenían. Los autores concluyeron que, probablemente, sea necesaria algo más que una intervención mínima en estos pacientes mientras se encuentran hospitalizados. Holtrop et al.[39] estudiaron qué factores determinan el dejar de fumar, recaer o continuar fumando en pacientes ingresados por un evento coronario. Como predictor positivo de abstinencia encontraron los altos ingresos monetarios en el domicilio, y como negativo el tener pareja fumadora. La depresión fue el predictor positivo de recaída, y la dependencia baja por la nicotina el negativo.

Existen experiencias positivas en las que se demuestra la utilidad de las intervenciones en tabaquismo en todos los niveles de atención al paciente con enfermedades cardiovasculares. El modelo Ottawa[40] es una aproximación sistemática a los fumadores con enfermedades cardiovasculares y un soporte para conseguir dejar de fumar utilizando los mejores tratamientos disponibles. Se realiza en los 3 niveles de atención al paciente: atención primaria, hospitalización y consultas especializadas. Es un modelo fácil de utilizar que enfatiza la colaboración interdisciplinar, dejando a la atención primaria la adopción del programa sin demasiado impacto en su quehacer diario. Tras la implementación del programa en atención primaria, se consiguió un 15% de incremento en el número de intentos de dejar de fumar y un 10% en las tasas de abstinencia en aquellos fumadores que estaban preparados para dejar de fumar. Consiguieron, igualmente, un aumento de los fumadores con enfermedades cardiovasculares,que recibieron la intervención de las 3 A *(Ask, Advice, Assist)* en consultas externas especializadas, y adoptaron un programa de acción en el enfermo hospitalizado. Lo anterior demuestra y confirma la utilidad de estos programas de prevención multidisciplinares, y en varios niveles asistenciales a la vez, sobre los factores de riesgo que afectan a los pacientes con enfermedades crónicas.

Unidades especializadas en tabaquismo

Hace ya unos años publicamos las líneas mínimas esenciales de organización y de asistencia de una unidad especializada en tabaquismo[41]. Se establecían criterios de derivación a dichas unidades, entre los se encontraban pacientes con enfermedades cardiovasculares con alta dependencia y recalcitrantes. La experiencia en estas unidades especializadas es positiva. Jiménez Ruiz et al.[42] ayudaron a dejar de fumar, del total de pacientes tratados en la unidad, a un 21% de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Recientemente la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), en colaboración con las sociedades autonómicas de neumología de toda España, acordó el establecimiento de una guía que sirva para la acreditación de Unidades de Tabaquismo. El principal objetivo de la guía no fue otro que buscar un consenso amplio, integrador y flexible, que sirviera para crear un marco común reconocido por todas las instituciones científicas firmantes para la acreditación de las Unidades Especializadas en Tabaquismo[43]. Existen unidades especializadas de tabaquismo a lo largo y ancho de todo el mundo, como por ejemplo en el programa de la Universidad de Ottawa ya comentado[44]. La red de unidades de tabaquismo dependientes del Instituto Nacional de Salud de Gran Bretaña es uno de los servicios más reconocidos por el gran valor de las intervenciones que realizan en aras de la prevención. Recientemente y con el fin de conocer qué factores hacen la intervención más efectiva, Brose et al.[45] encontraron, entre otras cosas, que las intervenciones en unidades especializadas de tabaquismo son más efectivas que en atención primaria, lo cual no deja de ser lógico, pues ni el tiempo dedicado ni los recursos disponibles son los

mismos. Los autores indican en sus conclusiones que todos los pacientes deberían poder acceder a la opción más efectiva en cada caso y en cada nivel asistencial.

Conclusiones

Como hemos comentado más arriba, no existe excusa alguna para no intervenir en tabaquismo a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, e incluso antes, en el intento de evitar el desarrollo de patologías. Cada uno en su nivel asistencial, pero todos ellos resultan ser coste–efectivos. Calderón et al.[46] se preguntaban, en un trabajo reciente, cómo deberíamos intervenir en la promoción de la salud en atención primaria. Se proponen, tras el análisis de los resultados, 4 acciones que para el futuro deberían tenerse en cuenta para mejorar los resultados finales de la promoción de la salud. En primer lugar, deberían desarrollarse y evaluarse nuevas metodologías de políticas de salud que tengan en cuenta la complejidad del mundo de la prevención. En segundo lugar, deberían tenerse en cuenta aspectos propios de los servicios de salud, como sus diferencias socio–culturales y los recursos disponibles. Por último, en tercer lugar, debería llegarse a compromisos efectivos entre la administración sanitaria y los servicios de salud para promover estrategias de intervención coherentes a medio plazo para el paciente basadas en la colaboración entre los varios agentes implicados en la prevención.

Es vital que los pacientes hospitalizados intenten dejar de fumar, ya que el consumo de tabaco puede interferir con su recuperación y su salud general. Los pacientes hospitalizados estarían especialmente motivados para hacer un intento de dejar de fumar. Por un lado, porque la enfermedad de base puede haber sido causada o exacerbada por el consumo de tabaco, lo que refuerza la vulnerabilidad del paciente a los riesgos para la salud del hábito de fumar, estando especialmente receptivo a las indicaciones de los profesionales sanitarios mientras este ingresado. En segundo lugar, el hospital es un alojamiento libre de humo lo que favorece la abstención. Por estas razones, los médicos deben utilizar la hospitalización como oportunidad para promover el abandono del tabaco.

En definitiva, los fumadores con enfermedades cardiovasculares deben ser un objetivo importante al que se deben dirigir los tratamientos del tabaquismo, dado el papel que desempeña el tabaquismo como factor de riesgo de las mismas y en la exacerbación de estas enfermedades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tenr ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud de España 2001 [consultado 31 Jul 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/para_imprimir.pdf
2. Encuesta Europea de Salud de España (2009/2010) [consultado 31 Jul 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/nota_tecnica_EES09.pdf
3. Jiménez Ruiz CA, Ruiz Manzano J. La sociedad española de neumología y cirugía torácica, SEPAR ante la ley reguladora del consumo de tabaco en España. Arch Bronconeumol. 2010;46:402–4.
4. Hernández-Hernández J, Heras-Gómez F, Cordovilla-Pérez MR, Antolín-García T, Bollo de Miguel E. Incidencia del cáncer broncopulmonar en Castilla y León y Cantabria durante el año 2007. Estudio de la Sociedad Castellano Leonesa y Cántabra de Patología Respiratoria (SOCALPAR). Arch Bronconeumol. 2010;46:7–14.
5. Abal Arca J, Parente Lamelas I, Almazán Ortega R, Blanco Pérez J, Toubes Navarro ME, Marcos Velázquez P. Cáncer de pulmón y EPOC: una asociación frecuente. Arch Bronconeumol. 2009;45:502–7.
6. Soriano JB, Miravitlles M, Borderías L, Durán Taulería E, García Río F, Martínez J, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con el hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. Arch Bronconeumol. 2010;46:522–30.
7. Solanes Gacía I, Casan Clará P. Causas de muerte y predicción de mortalidad en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2010;46:343–6.
8. Pozo Rodríguez F, Álvarez CJ, Castro Acosta B, Melero Moreno C, Capelastegui A, Esteban C, et al. Auditoria clínica de los pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC en España (estudio AUDIPOC): método y organización. Arch Bronconeumol. 2010;46:349–57.
9. Frigues B, García Algar O, Puig C, Figueroa C, Sunyer J, Vall O. Exposición prenatal y postnatal al tabaco y síntomas respiratorios y alérgicos en los primeros años de vida. Arch Bronconeumol. 2009;45:585–90.
10. García Algar O, Jané Checa M. Seguridad y efectividad del tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo. Arch Bronconeumol. 2010;46:453–4.
11. González Alcaide G, Aleixandre Benavent R, Granda Orive JI. Caracterización bibliométrica y temática de los grupos de investigación de Archivos de Bronconeumología (2003-2007). Arch Bronconeumol. 2010;46:78–84.
12. Jiménez Ruiz CA, Amor Besada N, Mayayo Ulibarri M, Cícero Guerrero A, Cristobal Fernández M, Ruiz Martín JJ, et al. Experiencia de una unidad especializada en tabaquismo. Resultados a los 5 años. Arch Bronconeumol. 2009;45(Especial Congreso):147.
13. López García-Aranda V, García Rubira JC. Tabaco y enfermedad cardiovascular. Adicciones. 2004;16:101–13.
14. Olano-Espinosa E, Matilla Pardo B, Sánchez Sanz E, Alarcón Aramburu E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria. Aten Primaria. 2005;36:510–4.
15. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. Aten Primaria. 2001;27:629–36.
16. Torrecilla García M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Smoking cessation treatment in primary and specialized care, a real opportunity and public health necessity. Aten Primaria. 2002;30:197–206.
17. Aleixandre i Martí E, Casanova Matutano MA, Mitjans Lafont J, Sánchez Monfort J, Sanmartín Almenar A. Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. Aten Primaria. 1998;22:424–8.
18. Camarelles F, Asensio A, Jiménez Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Effectiveness of a group therapy intervention to quit smoking. Randomized clinical trial. Med Clin (Barc). 2002;119:53–7.
19. Ochoa Prieto JA, Aurrecoechea Corral R, Llanderas López P, Aparicio García S. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. Semergen. 2010;36:377–85.

20. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodríguez Blanco T, Martín C, ISTAPS Study Group. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS Study). Addiction. 2011;106:1696, 706.
21. Sánchez A, Grandes G, Cortada JM, Pombo H, Balagué L, Calderón C. Modelling innovative interventions for optimising healthy lifestyle promotion in primary health care: ''Prescribe vida saludable''. BMC Health Services Research. 2009;9:103 [consultado 12 Ago 2011]. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/103
22. Cabrera Sierra M, Calvo Bonacho E, García García A, Ruiz Moraga M, Sainz Gutiérrez JC, Chama Barrientos A, et al. Efectividad de una estrategia de intervención preventiva, basada en entrevistas telefónicas estructuradas, en una población laboral con riesgo cardiovascular moderado/alto. Aten Primaria. 2010;42:498–506.
23. Fitzpatrick P, Fiz-Simon N, Conergan M, Collins C, Daly L. Heartwatch: the effect of the primary care-delivered secondary prevention programme for cardiovascular disease on medication use and risk factors profile. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2011;18:129–35.
24. Ramos M, Ripoll J, Estrades T, Socias I, Fe A, Duro R, et al. Effectiveness of intensive group and individual intervention for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. BMC Public Health. 2010;10:89 [consultado 12 Ago 2011]. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/89
25. Linder JA, Rigotti NA, Schneider LI, Kelley JHK, Brawarsky MAP, Hass JS. An electronic health record-based intervention to improve tobacco treatment in primary care. Arch Intern Med. 2009;169:781–7.
26. Gómez Marcos MA, Rodríguez Sánchez E, Ramos Delgado E, Fernández Alonso C, Montejo González AL, García Ortiz L. Permanencia del efecto de una intervención de mejora de calidad en el seguimiento prolongado de pacientes hipertensos (CICLO-RISK STUDY). Aten Primaria. 2009;41:371–8.
27. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Reiner Z, et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high – risk patients in general practice: cross – sectional survey in 12 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010;17:530–40.
28. Haug S, Meyer C, Ulbricht S, Shorr G, Rüge J, Rumpf HJ, et al. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. Patient Educ Couns. 2010;78:57–64.
29. Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? J Cardiovasc Nurs. 2011;26:145–67.
30. Gallagher R. 57% of RCTs of cardiovascular nursing interventions show that they improve at least one outcome for secondary prevention patients: optimum interventions strategy unclear. Evid Based Nurs. 2010;13:126–7.
31. Voogdt – Pruis HR, Van Ree JW, Gorgels APM, Beusmans HMI. Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: a comparison between general practitioners and practice nurses. Int J Nurs Stud. 2011;48:798–807.
32. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cadiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:581–616.
33. Granda JI, Carrión F, Alonso S, Márquez FL, Riesco JA, Sampablo I, et al. Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2006;42:592–7.
34. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Public Health Service; 2008.
35. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for BMJ. hospitalized smokers. A systematic review. Arch Intern Med. 2008;168:1950–60.
36. Ladapo JA, Jaffer FA, Weinstein MC, Froelicher ES. Projected cost – effectiveness of smoking cessation interventions in patients hospitalized with myocardial infarction. Arch Intern Med. 2011;171:39–45.
37. Paulsen PQ, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. BMJ. 2003;325:1254–7.
38. Martínez García L, Morchón Ramos S, Masuet Aumatell C, Ramos Torrel JM. Brief smoking cessation intervention in hospitalized patients with cardiovascular disease. Rev Esp Cardiol. 2009;62:447–50.
39. Holtrop JS, Stommel M, Corser W, Holmes-Rovner M. Predictors of smoking cessation and relapse after hospitalization for acute coronary syndrome. J Hosp Med. 2009;4:E3–9.
40. Ottawa model for smoking cessation. University of Ottawa, Heart Institute [consultado 16 Ago 2011]. Disponible en: http://www.ottawamodel.ca/en_main.php
41. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, Granda Orive JI, Lorza Blasco JJ, Alonso Viteri S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2001;37:382–7.
42. Jiménez Ruiz CA, Mayayo Ulibarri M, Cícero Guerrero A, Amor Besada N, Ruiz Martín JJ, Cristobal Fernández M, et al. Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2009;45:540–4.
43. Acreditación de Unidades especializadas en Tabaquismo. Área de Tabaquismo de la SEPAR [consultado 18 Ago 2011]. Disponible en: http://www.separ.es/separ/areas_trabajo/tabaquismo/acreditacion_de_unidades_de_tabaquismo.aspx
44. Quit Smoking Program Heart Health Education Centre University of Ottawa Heart Institute (UOHI) [consultado 18 Ago 2011]. Disponible en: http://www.idocc.ca/Guideline/SmokingCessation_community-resources.pdf
45. Brose LS, West R, McDermott MS, Fidler JA, Croghan E, McEwen A. What makes for an effective stop-smoking service? Thorax. 2011. PMID: 21709164.
46. Calderón C, Balagué L, Cortada JM, Sánchez A. Health promotion in primary care: how should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. BMC Health Services Research. 2011;11:62 [consultado 19 Ago 2011]. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/62