

Correspondencia

Dra. María del Rosario Landea,
Dirección postal: Calle 14 N° 320, 1900 La Plata, Argentina
Correo electrónico: salazarlandea@gmail.com
Telefax: (54-221) 483-3292

Recibido: 26.05.2011

Aceptado: 12.07.2011

Prevalencia de tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular en el casco urbano de una localidad rural de la Provincia de Buenos Aires

Autores: María Del Rosario Landea¹, Martín R. Salazar², Alberto G. Marillet³, Miguel A. Novello³, Horacio A. Carbajal², Raúl F. Echeverría²

¹Servicio de Neumotisiología, HIGA Gral. San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina,

²Servicio de Clínica Médica, HIGA Gral. San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina,

³Hospital Municipal de San Andrés de Giles, Buenos Aires, Argentina

Resumen:

Objetivo: determinar prevalencia de tabaquismo en población general y en individuos con alto riesgo cardiovascular.

Métodos: Se realizó una encuesta de tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular en una muestra poblacional aleatoria (≥ 15 años) de San Andrés de Giles, Bs As. Se consideró fumadores actuales a quienes habían fumado más de 100 cigarrillos y fumaban actualmente y ex fumadores a quienes habían fumado más de 100 cigarrillos y abandonado. Analizamos: instrucción, vivienda, ingresos, actividad física, consumo de alcohol, hipertensión, diabetes, obesidad, dislipemia, síndrome metabólico, antecedentes de infarto, angina de pecho y accidente cerebrovascular.

Resultados: Fueron encuestados 1091 mujeres (40.8 ± 0.5 años) y 500 varones (40.4 ± 0.8 años). La prevalencia ajustada por edad de fumadores actuales fue 32.8 en varones (IC95% 28.7-36.9) y 25.4 en mujeres (IC95% 22.9-28.0). En el grupo 15-24 años 41.8% de los varones y 31.5% de las mujeres eran fumadores actuales. Del total de fumadores actuales, habían pensado dejar 56.0% y fijarían fecha en 30 días 29.0%. No hubo diferencias en la prevalencia según el nivel de educación ($p=0.699$). La prevalencia de fumadores actuales fue mayor en aquellos sin vivienda propia ($p<0.001$), en quienes consumían alcohol ($p<0.001$) y en quienes no realizaban actividad física ($p=0.003$). Eran fumadores actuales 24.5% de los hipertensos, 15.4% de los diabéticos, 25.0% de los obesos, 22.9% de los dislipémicos, 20.9% de los con síndrome metabólico y 27.1% de los con enfermedad cardiovascular.

Conclusiones: El tabaquismo estuvo fuertemente asociado a la falta de actividad física y al consumo de alcohol y una alta proporción de sujetos con alto riesgo cardiovascular continúan fumando.

Palabras clave > epidemiología, tabaquismo, prevalencia, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular

Abstract

Smoking habit prevalence and cardiovascular risk factors in a town located in a rural area of the Buenos Aires province, Argentina

Objective: To determine the prevalence of the tobacco smoking habit in the general population and in individuals with high cardiovascular risk.

Methods: A population-based cross-sectional survey took place in a random sample of the inhabitants aged 15 years and more at San Andrés de Giles, Buenos Aires, Argentina. People who had smoked at least 100 cigarettes in their life and still smoked were defined as current smokers, while people that had smoked at least 100 cigarettes but had quit smoking were considered former smokers. We evaluated: 1-education level, 2-access to housing, 3-self perception of income, 4-regular physical activity, 5-alcohol consumption,

6-hypertension, 7-diabetes, 8-obesity, 9-dyslipidemia, 10-metabolic syndrome (NCEP-ATPIII criteria), 11-history of myocardial infarction, angina and stroke.

Results: The sample included 1091 women (40.8 ± 0.5 years) and 500 males (40.4 ± 0.8 years). The prevalence of current smokers was 32.8 in men (CI 95% 28.7-36.9) and 25.4 in women (CI 95% 22.9-28.0). In the age group that included people between the ages 15 to 24 years, 41.8% of men and 31.5% of women were current smokers. 56.0% of the current smokers had thought about quitting and 29.0% were willing to fix a date within the next 30 days. There were no significant differences according to education level ($p=0.699$). Alcohol consumption ($p<0.001$) and lack of regular physical activity ($p=0.003$) were associated with a high prevalence of current smokers. 24.5% participants were hypertensives, 15.4% diabetics, 25.0% obesoes and 22.9% dyslipidaemics; 20.9% had metabolic syndrome and 27.1% of those with cardiovascular disease, were current smokers.

Conclusion: There were strong relationships between smoking, alcohol consumption and lack of physical activity. A high proportion of subjects with high cardiovascular risk were current smokers.

Key words > Epidemiology, Tobacco Smoking, Prevalence, Risk Factors, Cardiovascular Diseases

El tabaquismo causa numerosas enfermedades crónicas, como diversos tipos de cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardiovascular. Es la principal causa de muerte evitable en el mundo¹ y se estima que en la Argentina provoca 40.000 fallecimientos anuales². A su vez, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en la Argentina³ y su desarrollo está relacionado con la presencia de varios factores de riesgo entre los cuales se encuentra el tabaquismo. En el Reino Unido, entre los años 1980 y 2000, hubo una reducción del 54% de las muertes de causa cardiovascular y más del 40% de esta disminución puede ser atribuida al abandono del tabaquismo⁴. De acuerdo a estudios previos, puede estimarse que un tercio de la población adulta de la Argentina fuma pero, como se han encontrado diferencias regionales⁵⁻⁸, conocer las prevalencias locales y la predisposición de los fumadores a dejar el consumo constituye una información importante para planificar las acciones y los recursos necesarios. Si bien entre los años 2005 y 2009 en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se observó una modesta reducción en la tasa de tabaquismo, la prevalencia del consumo continúa siendo muy alta⁹.

Dejar de fumar es fundamental en la prevención de eventos en los individuos que poseen otros factores de riesgo o enfermedad cardiovascular establecida, pero hay escasos datos en muestras poblacionales de nuestro país sobre el nivel de taba-

quismo en individuos de alto riesgo. Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia de tabaquismo en la población de San Andrés de Giles (Buenos Aires, Argentina) y, en especial, en individuos con alto riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida.

Materiales y métodos

Como inicio de un programa de intervención comunitaria sobre factores de riesgo cardiovascular en la ciudad de San Andrés de Giles, Pcia. de Buenos Aires, Argentina (PROCER), se realizó, entre septiembre y diciembre de 2007, un estudio epidemiológico sobre PA, enfermedad renal y otros factores de riesgo en una muestra aleatoria de la población ≥ 15 años. La ciudad de San Andrés de Giles es cabecera del partido del mismo nombre ubicada en la pampa húmeda en latitud sur $34^{\circ}26'33''$ longitud oeste $59^{\circ}26'51''$, a 46 metros sobre el nivel del mar; el clima durante los meses de encuesta fue templado. Según el censo de 2001 el casco urbano contaba con 15056 habitantes mayores de 15 años. Para el muestreo se tomaron, como unidades, manzanas elegidas aleatoriamente. La encuesta se realizó sobre todos los individuos en el rango de edad que habitaban en las viviendas de las manzanas escogidas al azar, el número de manzanas necesarias para el muestreo del 10% de la población se estimó en base a la densidad

poblacional. En base a la experiencia previa en el Estudio Rauch⁵ y a las prevalencias de factores de riesgo halladas en el mismo, se estimó que una muestra de 1500 habitantes era adecuada. Los encuestadores fueron enfermeras del Hospital de San Andrés de Giles, previamente seleccionadas y especialmente entrenadas. Antes de cada encuesta se efectuó el consentimiento informado.

En su domicilio a cada encuestado se le realizaron tres mediciones de la PA, se determinaron el peso, la talla y el perímetro de la cintura y se confeccionó una ficha epidemiológica. En el laboratorio del Hospital Municipal de San Andrés de Giles se efectuaron, luego de un ayuno de 12 horas, las siguientes determinaciones: glucemia, colesterol total, HDL colesterol y trigliceridemia. Las técnicas para realizar las determinaciones antropométricas y de laboratorio fueron previamente comunicadas⁸.

Se dividió a la muestra en fumadores actuales, no fumadores y ex fumadores utilizando las preguntas y criterios de los cuestionarios en español de National Health Interview Survey¹⁰. Se consideró que eran fumadores actuales los que contestaban afirmativamente las siguientes 2 preguntas: ¿Fuma actualmente todos o la mayoría de los días de la semana? y ¿Ha fumado más de 5 atados (100 cigarrillos) en toda su vida? Fueron considerados no fumadores los que contestaban que no a ambas preguntas y ex fumadores los que decían haber fumado alguna vez al menos 5 atados (100 cigarrillos) y no fumar actualmente. Para evaluar la actividad física se utilizó la pregunta: En el último mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio como correr, caminar, hacer gimnasia, practicar un deporte o realizar actividades de jardinería?⁹

Como variables socioeconómicas fueron analizadas:

1. El nivel de instrucción. Se consideró bajo al primario incompleto, medio al primario completo o secundario incompleto y alto al secundario completo, terciario o universitario
2. El acceso a la vivienda: propia o no
3. El nivel de ingresos: percepción de los ingresos por el encuestado como suficientes o no

Para evaluar el nivel de motivación para dejar de fumar se preguntó ¿Ha pensado en dejar de fumar? y ¿Fijaría una fecha dentro del mes? Se

consideraron motivados a los que contestaron afirmativamente a ambas preguntas¹¹. Se preguntó y consignó el número de cigarrillos fumados por día.

Se consideró que consumían alcohol a quienes referían haber ingerido al menos un trago de bebidas con alcohol en los últimos 30 días y se estimó el consumo semanal en gramos de alcohol considerándose bajo < 140 g por semana en las mujeres y < 210 g por semana en los varones y alto por encima de estos umbrales.

Como factores de riesgo cardiovascular se consideraron:

1. Hipertensión arterial: PA sistólica ≥ 140 y/o PA diastólica ≥ 90 mm Hg, o bajo tratamiento con antihipertensivos
2. Diabetes: glucemia ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l), o bajo tratamiento con insulina o diabetostáticos orales
3. Obesidad: IMC ≥ 30
4. Dislipemia: colesterol total ≥ 200 mg/dl (5.2 mmol/l), o trigliceridemia ≥ 150 mg/dl (1.7 mmol/l), o bajo tratamiento con hipolipemiantes
5. Síndrome metabólico, definido con los criterios del NCEP ATP III¹²

Como enfermedades cardiovasculares se investigaron antecedentes de infarto de miocardio, angina de pecho o enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, referidas por el encuestado como diagnosticadas por un médico.

Las variables continuas fueron expresadas como media \pm error estándar, las proporciones en porcentaje y las prevalencias como número de casos por ciento. Las prevalencias de no fumadores, ex fumadores y fumadores actuales fueron ajustadas por edad utilizando la prevalencia observada para cada intervalo de edad y la composición de la población de acuerdo al último censo disponible. Para establecer diferencias entre proporciones se utilizó χ^2 y se estimó la razón de las ventajas (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC95%). Para evaluar la asociación independiente de la condición de fumador actual con distintas variables se efectuó un análisis de regresión logística incluyendo en el mismo: sexo, consumo de alcohol, nivel de instrucción, percepción de ingresos insuficientes y actividad física regular. Se estimó el riesgo por exp (B) con su intervalo de confianza del 95%.

Se aceptó como nivel de significación $p < 0.05$. Los datos fueron procesados con el programa SPSS.

Resultados

Se encuestaron 1617 individuos y se aceptaron como válidas 1591 encuestas (98.4%) que correspondieron a 1091 mujeres (edad 40.8 ± 0.5, rango 15 a 98 años) y 500 varones (edad 40.4 ± 0.8, rango 15 a 89 años). Se contó con datos de laboratorio de 1016 encuestados (63.86%). En la tabla 1 se observan las características de la muestra, según sexo.

En la tabla 2 se muestra la condición frente al tabaco por sexo y grupo etario. Habían fumado más de 100 cigarrillos en su vida 601 (37.7%), eran fumadores actuales 459 (28.8%) y ex fumadores 142 (8.9%). La prevalencia de fumadores actuales, ajustada por edad, fue 32.8 en los varones (IC 95%, 28.7-36.9) y 25.4 en las mujeres (IC 95%, 22.9-28.0). La prevalencia de ex fumadores ajustada por edad fue 15.6 en los varones (IC 95%, 12.4-18.8) y 5.9 en las mujeres (IC 95%, 4.4-7.4). En el grupo de 15 a 24 años eran fumadores actuales 41.8% de los varones y 31.5% de las mujeres (Tabla 2). Fumaba hasta 10 cigarrillos diarios el 53.3%, entre 11 y 20 el 36.9% y más de 20 el 9.8%. De los fumadores actuales, 257 (56.0%, 57.7% de las mujeres y 53.0% de los varones, p=0.2) respondieron que habían pensado en dejar de fumar pero sólo 133 (29.0%, 30.4% de las mujeres y 26.5% de los varones, p=0.3) fijaría fecha en los próximos 30 días.

Mostraron niveles de educación bajo, medio y alto 22.5%, 60.0% y 17.5% de la muestra, respectivamente. No hubo diferencias significativas con el nivel de educación en la prevalencia de fumadores actuales (p=0.699) ni en la intención de dejar de fumar (p=0.105).

Los que poseían vivienda propia tuvieron una prevalencia menor de fumadores actuales (24.9% vs. 36.8%, OR 0.57 IC95% 0.45 – 0.71, p<0.001). No hubo diferencias significativas en la prevalencia de fumadores actuales entre quienes percibían sus ingresos como suficientes y quienes no (25.6% vs. 30.2%, p=0.295).

El consumo de alcohol se asoció fuertemente con el tabaquismo; en las mujeres la prevalencia de fumadores actuales fue 37.7% en quienes referían consumo de alcohol y 22.4% en quienes no lo referían (OR 1.91 IC95% 1.39 – 2.61, p<0.001) y en los varones fue 43.7% y 22.4%, respectivamente (OR 2.70 IC95% 1.83 – 3.98, p<0.001). Esta mayor prevalencia de fumadores actuales se observó aún con los consumos bajos de alcohol y fue más alta en las mujeres con consumos altos (61.1%). Quienes refirieron realizar una actividad física regular tuvieron una prevalencia más baja de fumadores actuales (25.1% vs. 32.0%, OR 0.71 IC95% 0.57 - 0.88, p=0.003). En el análisis de regresión logística, y en forma independiente de las otras variables, el tener vivienda propia (exp(B) 0.56 IC95% 0.44 – 0.71, p<0.001) y realizar actividad física regular (exp(B) 0.70 IC95% 0.56 – 0.87 p= 0.002) mostraron un

TABLA 1. Principales características de la muestra

Variable	Mujeres n = 1091	Varones n = 500
Edad (años)	40.8 ± 0.5	40.4 ± 0.8
Índice de masa corporal	27.8 ± 0.2	27.3 ± 0.2
Presión arterial (mmHg)	122 ± 0.6/ 75 ± 0.4	126 ± 0.8/ 74 ± 0.6
Hipertensión (%)	24.7	27.4
Obesidad (%)	29.6	25.8
Diabetes (%)	5.1	6.0
Dislipemia (%)	37.7	36.6
Síndrome metabólico (%)	19.0	22.0
Enfermedad cardiovascular (%)	9.0	8.9
Ingesta de alcohol (%)	20.2	50.8
Bajo nivel educacional (%)	21.0	25.6
Vivienda propia (%)	67.2	65.6

TABLA 2. Condición ante el tabaco de acuerdo a sexo y edad

	edad	Condición ante el tabaco						total
		no fumador		ex fumador		fumador		
		n	%	n	%	n	%	
Mujeres	15-24	149	63.4	12	5.1	74	31.5	235
	25-34	160	69.0	10	4.3	62	26.7	232
	35-44	129	63.9	14	6.9	59	29.2	202
	45-54	95	57.9	13	7.9	56	34.1	164
	55-64	88	69.8	9	7.1	29	23.0	126
	> 65	112	84.8	7	5.3	13	9.8	132
	total	733	67.2	65	6.0	293	26.9	1091
Varones	15-24	62	56.4	2	1.8	46	41.8	110
	25-34	50	48.5	12	11.7	41	39.8	103
	35-44	52	56.5	13	14.1	27	29.3	92
	45-54	45	47.9	22	23.4	27	28.7	94
	55-64	20	42.6	13	27.7	14	29.8	47
	> 65	28	51.9	15	27.8	11	20.4	54
	total	257	51.4	77	15.4	166	33.2	500

riesgo menor y los que consumían alcohol (exp(B) 2.20 IC95% 1.71 – 2.80, $p < 0.001$) un riesgo mayor de ser fumador actual.

Eran fumadores actuales 24.5% de los hipertensos, 15.4% de los diabéticos, 25.0% de los obesos y 22.9% de los dislipémicos. Eran fumadores actuales 30.4%, 24.8%, 17.1% y 5.3% de quienes tenían 1, 2, 3 y 4 factores de riesgo, respectivamente. Fumaba 20.9% de los que cumplían criterios de síndrome metabólico y 27.1% de los con antecedentes de enfermedad cardiovascular. La figura 1 muestra que ~ 40-50% de los fumadores con riesgo cardiovascular fumaban más de 10 cigarrillos diarios, valores similares a la población general. El porcentaje de fumadores con factores de riesgo que fijaría fecha para dejar de fumar en

los próximos 30 días fue similar al de la población general, y aumentó a 39.0% en los con enfermedad cardiovascular establecida (Figura 2).

Discusión

Nuestro estudio muestra que más de 30% de los varones y 25% de las mujeres de la población de San Andrés de Giles fuma, cifra similar a la hallada en otras muestras poblacionales de la Pcia. de Buenos Aires^{4, 5}. A diferencia de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo^{6, 9}, cuyos datos fueron autorreferidos por los encuestados, en nuestro estudio la asociación del tabaquismo con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se basó en determinaciones directas, clínicas (PA, peso, talla,

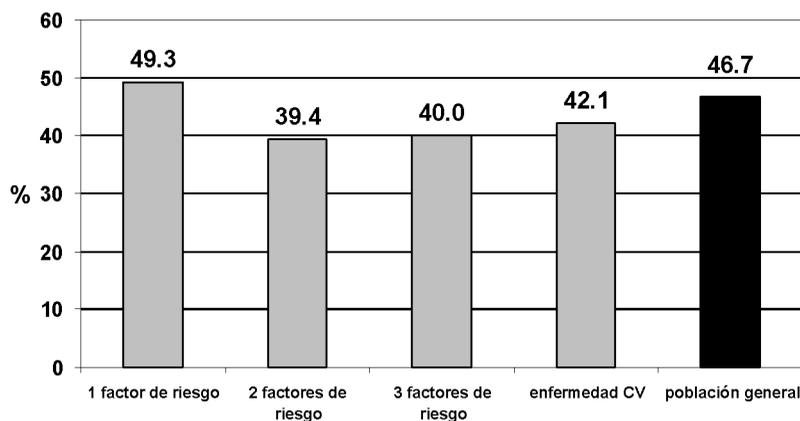


Figura 1. Porcentaje de fumadores con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida que fuman más de 10 cigarrillos por día.

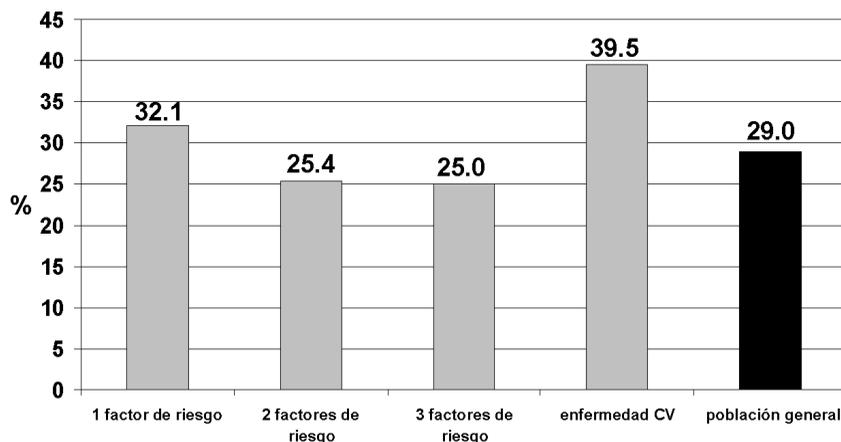


Figura 2. Porcentaje de fumadores con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida motivados para dejar de fumar.

perímetro de la cintura) y de laboratorio (glucemia, nivel de lípidos).

La alta proporción de fumadores jóvenes, consistente con la observada en otros estudios en la Argentina, que muestran la iniciación temprana en el consumo de tabaco¹³⁻¹⁵, da sostén a la recomendación de comenzar los programas de prevención antes de la adolescencia.

Como es conocido, la nicotina es altamente adictiva y existe una relación entre el nivel de adicción y el número de cigarrillos consumidos. En nuestra muestra, casi la mitad de los fumadores consumía más de 10 cigarrillos diarios y un 10% más de 20 indicando un alto nivel de dependencia y probablemente la necesidad de apoyo farmacológico. Se ha demostrado que las intervenciones dirigidas a obtener la cesación del consumo de tabaco son eficaces¹⁶⁻¹⁸ por lo que deberían estar disponibles los recursos humanos y farmacológicos necesarios para ayudar a quienes desean abandonar el consumo. Las barreras económicas relacionadas con los costos de los tratamientos deberían ser eliminadas dada la magnitud de los beneficios esperados.

Se ha comunicado que, en general, hay una menor prevalencia de tabaquismo en los sujetos con mayor nivel de educación pero existen diferencias étnicas y regionales¹⁹⁻²¹ que han sido atribuidas en parte a diferencias en el estadio de la epidemia de tabaco y a otros determinantes socioeconómicos. En nuestro estudio, al igual que en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo^{6, 9}, el mayor nivel de instrucción no se asoció a menor tabaquismo quizás debido a una visión permisiva de nuestra sociedad acerca del consumo de tabaco. Al respecto es de destacar la alta prevalencia de tabaquismo hallada en los médicos de nuestro país^{22, 23}. Si bien, al igual que en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo no hallamos relación entre el consumo de tabaco y la percepción de un nivel insuficiente de ingresos, sí lo hubo con la ausencia de vivienda propia, dato que resalta el hecho de que los tratamientos para dejar el consumo de tabaco deberían ser sin costo para los pacientes.

La fuerte asociación del tabaquismo con el consumo de alcohol y con la falta de actividad física regular, significativa también en el análisis de regresión logística en el que se incluyeron múltiples variables, enfatiza la necesidad en la lucha contra el tabaco de un enfoque más amplio que promueva un estilo de vida saludable. Este enfoque contri-

buiría además al control de los otros factores de riesgo cardiovascular.

En la actualidad existe abrumadora evidencia acerca de la rápida disminución del riesgo cardiovascular después de dejar de fumar, de hecho luego de un infarto de miocardio son mayores los beneficios de dejar de fumar que los logrados por intervenciones farmacológicas²⁴. Sin embargo es una observación clínica usual hallar pacientes con enfermedad cardiovascular tratados con múltiples fármacos, pero que continúan fumando. En nuestro estudio aproximadamente 1/3 de individuos con alto riesgo cardiovascular fuman. Es razonable asumir que una proporción significativa de quienes padecen enfermedades cardiovasculares estén bajo atención médica regular, sin embargo la proporción de fumadores hallada en nuestro estudio fue similar a la de la población general y la intención de dejar el consumo en los próximos treinta días no mucho mayor. Es probable que estos hechos indiquen la pérdida de oportunidades de intervención y la necesidad de interesar a los médicos de todas las especialidades en la lucha antitabáquica. La alta prevalencia de tabaquismo entre los médicos puede ser una barrera a superar^{25, 26}.

Algunas limitaciones de nuestro estudio deben mencionarse. En primer lugar es un estudio diseñado para factores de riesgo cardiovascular y no es una encuesta específica de tabaquismo. Por el desequilibrio muestral entre varones y mujeres debimos efectuar el análisis de prevalencias separando los sexos. Por último, los resultados no son necesariamente aplicables a otras poblaciones. Sin embargo aporta datos, a nuestro entender valiosos, que muestran claramente los altos niveles de tabaquismo y el bajo grado de intención de dejar de fumar en pacientes con alto riesgo cardiovascular e incluso en los con eventos cardiovasculares establecidos. Asimismo, la alta prevalencia en jóvenes y la asociación con el sedentarismo y el consumo de alcohol sostienen la necesidad de un enfoque en el cual la lucha contra el consumo de tabaco este integrada con la promoción de un estilo de vida saludable.

Agradecimientos: Este estudio no podría haberse efectuado sin la colaboración de las enfermeras del Hospital Municipal de San Andrés de Giles.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009 - Executive Summary. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng.pdf.
2. Programa Nacional para el Control del Tabaco, Ministerio de Salud y ambiente de la Nación, 2004. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/index.asp
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: <http://www.indec.mecon.gov.ar>.
4. Unal B, Critchley JA, Capewell S Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention *BMJ* 2005; 331: 614-7.
5. Carbajal HA, Salazar MR, Riondet B, et al. Associated variables to hypertension in a region of Argentina. *Medicina* 2001; 61: 801-9.
6. Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de factores de riesgo 2005: Resultados Principales: Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. *Rev Argent Cardiol* 2007; 75: 20-9.
7. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Encuesta de Tabaquismo en Grandes Ciudades de Argentina, 2004. Disponible en: www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/pdf/encuesta_tabaquismo.pdf.
8. Salazar MR, Carbajal HA, Marillet AG, et al. Glomerular filtration rate, cardiovascular risk factors and insulin resistance. *Medicina* 2009; 69: 541-6.
9. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Argentina. Estudio de Corte Transversal. *Rev Argent Salud Pública* 2011, 6: 34-41
10. Center for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/nhis/nhis_questionnaires.htm
11. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004; 328: 338-9.
12. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
13. Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tob Control* 2002; 11: 252-70.
14. Bolzán A, Peleteiro R. Smoking during early adolescence. A study in schoolchildren from Argentina. *J Pediatr* 2003; 79: 461-6.
15. Althabe F, Colomar M, Gibbons L, Belizán JM, Buekens P. Smoking during pregnancy in Argentina and Uruguay. *Medicina* 2008; 68:48-54.
16. Mills EJ, Wu P, Spurdén D, Ebbert JO, Wilson K. Efficacy of pharmacotherapies for short-term smoking abstinence: a systematic review and meta-analysis. *Harm Reduct J* 2009; 6: 25. doi:10.1186/1477-7517-6-25.
17. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; 6: 300.
18. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; 328: 217-9.
19. Giskes K, Kunst AE, Benach J, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Epidemiol Community Health* 2005; 59: 395-401.
20. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000; 320: 1102-7.
21. Schaap MM, van Agt HM, Kunst AE. Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: looking beyond educational level. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 359-69.
22. Minervivi MC, Zabert GE, Rondelli MPP, et al. Tobacco Use among Argentine Physicians: Personal Behavior and Attitudes. *Rev Am Med Res* 2006; 3: 100-5.
23. Landea M del R, Pozzi A, De Sandro J, Gola V, Salazar MR. Prevalencia de tabaquismo, dependencia y motivación para dejar de fumar en los trabajadores de un hospital general de la Argentina. *Revista del Tórax* 2007; 15: 31-7.
24. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000; 160: 939-44.
25. Davis RM. When doctors smoke. *Tob Control* 1993; 2: 187-8.
26. Miwa K, Fujita M, Miyagi Y, Inoue H, Sasayama S. Is smoking behaviour in patients with coronary heart disease influenced by whether their attending physician smokes? *Tob Control* 1995; 4: 236-8.