

Artículo original

Cesación de tabaquismo en pacientes cardiológicos. Smoking Cessation in Patients with Heart Disease

Dra. Elba Esteves Di Carlo

Especialista en Medicina Interna.
Master en Tabaquismo Universidad
de Sevilla. Encargada de programa de
cesación de tabaquismo de Fondo
Nacional de Recursos. Montevideo.

Lic. T.S. Ana Debenedetti

Licenciada en Trabajo Social.
Integrante del programa de cesación
de tabaquismo de Fondo Nacional de
Recursos. Montevideo.

Lic. Enf. Isabel Wald

Licenciada en Enfermería.
Integrante del programa de cesación
de tabaquismo de Fondo Nacional de
Recursos. Montevideo.

RESUMEN: Arch Med Interna 2008; XXX (1): 22-28

Evaluación de una cohorte histórica de pacientes fumadores internados para procedimientos cardiológicos financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR), entre Julio de 2004 y Marzo de 2006 que permanecieron 1 año en programa. Objetivo: Describir la población y las variables asociadas al éxito del tratamiento. Punto de corte: control o seguimiento más cercano a 12 meses desde el ingreso. Se consideró "sin fumar", abstinencia de 7 días previos al contacto. Población: 405 pacientes. 77.8% sexo masculino, edad promedio 58.5 años, 62.2% de Montevideo. Cobertura de salud privada 62.5%. Al ingreso 25.4% estaba sin fumar. Consumo promedio de quienes fumaban 20 cig/día. Grado de dependencia (test Fagerström) 30.9% leve, 39.8% moderada y 29.4% severa. El 66.2% (268) estaba sin fumar a los 12 meses del ingreso. Quienes fumaban disminuyeron la media de consumo de 20 a 10.8 cig/día. El resultado se asoció a: sexo, estatus de fumador al ingreso del programa, grado de dependencia y tipo de procedimiento. Conclusiones. El programa es efectivo y la abstinencia al año se asoció a sexo masculino, abstinencia lograda al momento del procedimiento, menor grado de dependencia física y revascularización quirúrgica.

Palabras Clave: Cese del Tabaquismo. Cardiopatía. Prevención secundaria.

SUMMARY: Arch Med Interna 2008; XXX (1): 22-28

Evaluation of a historical cohort of smokers admitted for cardiology procedures funded by the National Resources Fund (FNR), between July 2004 and March 2006 that remained in the program for one year. Objective: To describe the population and the variables associated to successful therapy. Cutting point: control or follow-up visit closer to 12 months after admission. "Not smoking" was defined as abstinence 7 days before that contact. N: 405 patients. 77.8% were males, with a mean age of 58.5 years; 62.2% were from Montevideo. Private medical care 62.5%. 25.4% were not smoking at admission. Average consumption of those who smoked: 20 cig/day. Degree of dependency (Fagerström test) 30.9% mild, 39.8% moderate and 29.4% severe. 66.2% (268) was not smoking 12 months after admission. Those who smoked reduced consumption from 20 to 10.8 cig/day. The result was associated to: sex, smoking status when at enrollment, degree of dependency and type of procedure. Conclusions. The program is effective and abstinence at one year was associated to male gender, successful abstinence at the time of the procedure, a less significant physical dependency and surgical revascularization.

Key words: Smoking Cessation. Heart Disease. Secondary Prevention.

Recibido: 07.02.08 - Aceptado: 25.03.08

Centro de trabajo: Fondo Nacional de Recursos

Correspondencia: Dra. Elba Esteves Di Carlo. Gustavo Gallinal 2293, Montevideo. Teléfono: 4819649. Celular: 099292576.

eesteves@fnr.gub.uy

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo en Uruguay tiene una prevalencia aproximada de 32.3% en población de 12 a 64 años.⁽¹⁾ El tabaquismo además de una enfermedad adictiva es un factor de riesgo mayor y corregible al que se le atribuye aproximadamente el 25% de la prevalencia de la cardiopatía isquémica.

La cesación tiene efectos beneficiosos inmediatos, mediados por la disminución del estímulo adrenérgico y el aumento del aporte de oxígeno a los tejidos. También se ha demostrado mejoría de la función endotelial. Estos factores contribuyen a la disminución de eventos vasculares agudos, tanto a nivel coronario, como encefálicos y en el sector arterial periférico.

De forma general en el primer año de abstinencia disminuye aproximadamente un 50% el riesgo de Infarto agudo de miocardio (IAM), tanto en prevención primaria como secundaria. A los 5 años se aproximaría al riesgo de los no fumadores según algunos autores. El estudio de Unal⁽²⁾ mostró que la cesación del tabaquismo contribuye por sí sola en el 48% de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria.

El estudio multicéntrico EUROASPIRE II mostró que el 52% de los pacientes fumadores que habían sufrido algún evento coronario, continuaba fumando al año de seguimiento.⁽³⁾ Según datos de 2006 del Fondo Nacional de Recursos (FNR), en una población sometida a procedimientos de revascularización miocárdica, el 37% eran fumadores al momento del procedimiento, porcentaje significativamente mayor que en la población general.

En 2004 se inició el programa de Cesación del Tabaquismo del FNR destinado al seguimiento y tratamiento de los pacientes fumadores que fueron sometidos a procedimientos cardiológicos.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes del Programa de Cesación de Tabaquismo del FNR y las variables asociadas con el éxito del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Evaluación de una cohorte histórica de un programa de cesación de tabaquismo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Todos los pacientes fumadores a los que se realizó estudio hemodinámico (EH), angioplastia (ACTP) o cirugía cardíaca (CC) financiados por el FNR, ingresados al programa entre el 1° de Julio de 2004 y el 31 de Marzo de 2006, y que mantuvieron contacto con el programa por lo menos por 1 año.

No existieron criterios de exclusión.

Se revisaron los registros electrónicos que incluyen la historia clínica inicial y registro de cada control al que concurrió el paciente y cada llamada telefónica que se le realizó.

Los pacientes fueron incorporados al programa durante su internación en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). La historia clínica incluyó datos filiatorios, historia de tabaquismo destacando edad de inicio, magnitud del consumo, grado de dependencia física,⁽⁴⁾ grado de motivación para la cesación⁽⁶⁾, antecedentes de cesación previa, enfermedades tabacodependientes, otros factores de riesgo vascular, antecedentes patológico relevantes para el manejo de la medicación específica para el tratamiento del tabaquismo.

La intervención se realizó en dos modalidades (Figura 1):

- los pacientes que solicitaron ayuda, concurrieron a un **control** periódico y
- los restantes se mantuvieron en **seguimiento** telefónico.

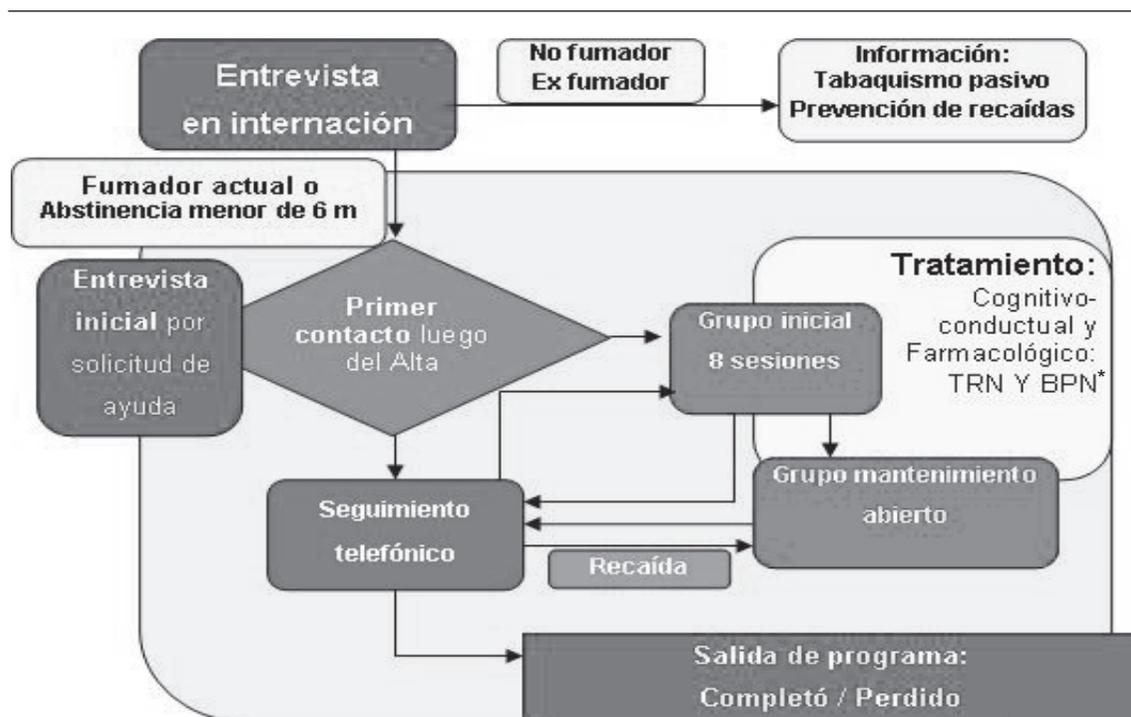


Fig. 1. Descripción del Programa de Cesación del Tabaquismo en pacientes cardiológicos del FNR

* TRN: Terapia de reemplazo nicotínico. BPN: bupropión.

Los pacientes en **control** recibieron tratamiento multicomponente integrando estrategias cognitivo-conductuales, con material impreso complementario y tratamiento farmacológico que incluyó terapia de reemplazo nicotínico (TRN) en la modalidad de resinato de nicotina (chicles) y bupropión (BPN).

El tratamiento farmacológico se utilizó acompañando el descenso gradual del consumo de cigarrillos y se mantuvo por lo menos 2 meses luego de obtenida la cesación. También se utilizó en pacientes en abstinencia menor de 2 meses y con riesgo de recaída.

Se propuso apoyo grupal a todos los pacientes excepto aquellos que por patología psiquiátrica severa, multiadicciones o preferencia personal se trataron en forma individual.

El abordaje grupal constó de una primera etapa de 8 sesiones llamado "grupo de inicio" con el objetivo de adquirir las herramientas necesarias para lograr la abstinencia. Luego los pacientes continuaron en control en el "grupo de mantenimiento" dirigido a prevenir y tratar las recaídas.

Los que completaron los controles o los abandonaron pasaron a seguimiento telefónico.

Los pacientes que se mantuvieron en **seguimiento telefónico** fueron contactados en promedio en tres oportunidades en el lapso de 1 año. Se utilizó una entrevista pautada, dirigida a evaluar el consumo de tabaco, mantener la abstinencia o motivar la cesación según le caso. Se ofreció ayuda a quienes continuaban fumando o manifestaban dificultad para mantener la abstinencia invitándolos a asistir al grupo de controles periódicos.

Como punto de corte se tomó el control o seguimiento telefónico más cercano a los 12 meses desde el ingreso al programa.

El análisis estadístico se realizó con el software EpiInfo 2002 CDC Atlanta. Se usó test de Chi Cuadrado (χ^2) para el análisis de variables categóricas. Para las variables

cuantitativas se utilizó Test de ANOVA o Mann-Whitney o Kruskal-Wallis según las condiciones de aplicación de los test. Valores de $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Definiciones:

- Fumador* – ha consumido por lo menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses.
- Sin fumar (para registro del dato durante el tratamiento) se consideró al paciente que lleva por lo menos 7 días con consumo 0.
- Ex fumador* – lleva más de 6 meses sin fumar
- No fumador* – nunca fumó o fumó menos de 100 cigarrillos en su vida.
- Pacientes en control: quienes concurren por lo menos a una consulta individual o grupal
- Pacientes en seguimiento telefónico: quienes recibieron como única modalidad de intervención, llamadas telefónicas periódicas por parte del equipo tratante.

(*Adaptación de definiciones de la OMS)

RESULTADOS

Cuatrocientos cinco pacientes cumplieron los criterios de inclusión. A 184 (45.4%) de ellos se les realizó ACTP, 116 (28.6%) CC y a 105 (25.9%) se les realizó un EH.

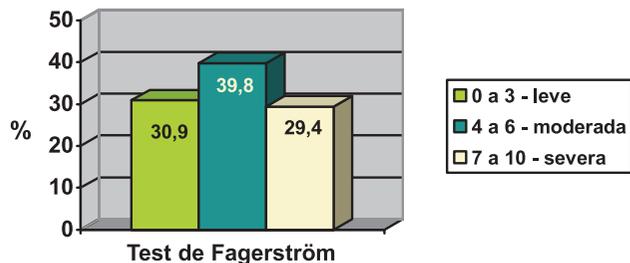
Las características de la población al ingreso del programa se describen en la Tabla I. Se destaca 77.8% de sexo masculino, edad promedio 58.5 años, procedentes de Montevideo 62.2%. Con cobertura de salud en el sector privado de asistencia 62.5%. Al momento de la entrevista de ingreso al programa el 25.4% de los pacientes estaba sin fumar, con menos de 6 meses de abstinencia. El consumo promedio de los pacientes que fumaban era de 20 cig/día. El grado de dependencia a la nicotina fue medido a través del test de Fagerström, mostrando una mediana de 5 en el puntaje, que interpretamos como dependencia moderada.

Tabla I. Descripción de la población incluida en el estudio al momento del ingreso al programa.

VARIABLE		N	%
Sexo	femenino	90	22.2
	masculino	315	77.8
Procedencia	Montevideo	252	62.2
	Interior	153	37.8
Cobertura de Salud	Pública	152	37.5
	Privada	253	62.5
Estatus de fumador al ingreso:	Fuma	302	74.6
	Abstinencia menor de 6 meses	103	25.4
VARIABLE		Media	Mediana, mínimo, máximo
Edad		58.5	59, 25, 82
Consumo diario al ingreso (N° cigarrillos / día > 0 al ingreso, n = 302)		20	20, 10, 90
VARIABLE		Mediana	Percentil 25, 75
Grado de dependencia (Test de Fagerstöm)		5	3, 7

La distribución de los pacientes según el puntaje de dependencia fue 30.9% en el grupo de 0 a 3 puntos (dependencia leve), 39.8% entre 4 y 6 puntos y 29.4% obtuvieron un puntaje mayor de 7 que catalogamos de dependencia severa. Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución del grado de dependencia medido con Test de Fagerström. n = 405

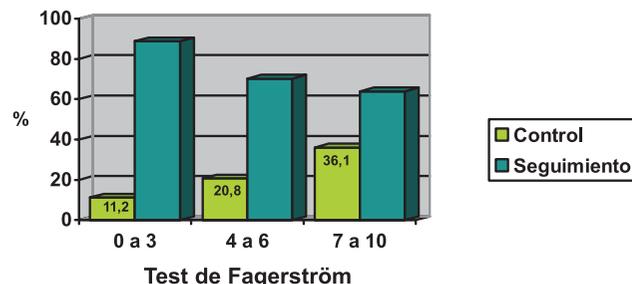


Luego del primer contacto telefónico tras el alta, 300 pacientes (74.1%) quedaron en seguimiento telefónico, en promedio fueron llamados 2.2 veces en el año (mínimo 1, máximo 7, mediana 2). Fueron 105 (25.9%) los pacientes que concurren a control (individual o grupal), la frecuencia de los controles fue 6.6 veces en el año en promedio (máximo 58, mínimo 1, mediana 3).

Los pacientes que recurrieron a la modalidad de **control** se diferenciaron de la población que quedó en **seguimiento telefónico**. Las mujeres solicitaron ayuda en mayor proporción (33.3%) que los hombres (23.8%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. La edad promedio fue menor en el grupo que solicitó apoyo (57.3 vs. 58.9 años). Los pacientes provenientes del interior del país quedaron con más frecuencia en seguimiento telefónico (87.6%) comparado con los pacientes de Montevideo (65.9%). El 35.3% de los pacientes que recibieron angioplastia concurren a control, mientras que sólo el 14.7% de quienes recibieron cirugía cardíaca. La proporción

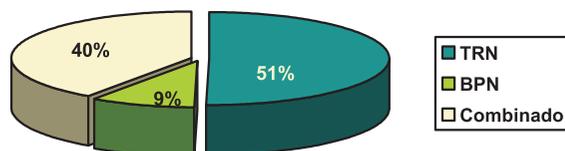
de pacientes en control fue aumentado con el grado de dependencia: leve 11.2%, moderada 20.8% y quienes tenían dependencia severa concurren a control en un 36.1% de los casos. Tabla II y gráfica 2.

Gráfica 2. Proporción de modalidad de intervención (Control o Seguimiento) según grado de dependencia nicotínica medido por Test de Fagerström. (p <0,001). n = 405



De los 105 pacientes que concurren a control el 65.7% recibió **tratamiento farmacológico** en algún momento de la evolución. 51% usaron sustitutos nicotínicos, 9% bupropión y 40% la combinación de ambos. La distribución por tipo de tratamiento farmacológico se muestra en el gráfica 3.

Gráfica 3. Distribución de la modalidad de tratamiento farmacológico en los pacientes que concurren a control. n = 105



TRN: Terapia de reemplazo nicotínico. BPN: bupropión.

Tabla II. Comparación de la población que concurreó a control con la que se mantuvo en seguimiento telefónico. n = 405

VARIABLE		Control	Seguimiento	p
Sexo	Femenino (%)	33.3	66.7	DNS 0.07
	Masculino (%)	23.8	76.2	
Edad	promedio	57.3	58.9	0.02*
	(mediana, min, max)	(59, 33, 82)	(59, 25, 82)	
Procedencia	Montevideo (%)	34.1	65.9	< 0.001
	Interior (%)	12.4	87.6	
Cobertura de Salud	Pública (%)	30.9	69.1	DNS 0.08
	Privada (%)	22.9	77.1	
Procedimiento	Cirugía cardíaca (%)	14.7	85.3	< 0.001
	Angioplastia (%)	35.3	64.7	
Grado de dependencia (test de Fagerstöm)	mediana (percentiles 25 - 75)	6 (5 - 7)	5 (3 - 7)	< 0.001*

Tabla III. Frecuencia de consumo de tabaco a los 12 meses de ingresados al programa. n = 405

Situación a los 12 meses	Frecuencia	Porcentaje
Fuma	137	33.8
No fuma	268	66.2
Total	405	100.0

Tabla IV. Variables relacionadas con la situación del consumo de tabaco a los 12 meses de ingresado al programa.

VARIABLE	Situación a los 12 meses		p
	No fuma	Fuma	
Sexo	Femenino (%)	54.4	0.008
	Masculino (%)	69.5	
Edad (años)	promedio	59.1	0.059
	(mediana, mín., máx.)	(59, 25, 82)	
Procedencia	Montevideo (%)	63.1	0.09
	Interior (%)	71.2	
Cobertura de Salud	Pública (%)	63.8	0.44
	Privada (%)	67.6	
Estatus de fumador al ingreso:	Fuma (%)	59.9	< 0.001
	Abstinencia menor de 6 meses (%)	84.5	
Consumo diario al ingreso *	promedio	20.5	0.49
	(mediana, mín., máx.)	(20, 1, 90)	
Grado de dependencia (test de Fagerström)	mediana (percentil 25 – 75)	5 (3 - 6)	< 0.001
		6 (5 – 7)	
Procedimiento	Cirugía cardíaca (%)	73.3	0.028
	ACTP (%)	60.9	

* N° cigarrillos / día > 0 al ingreso n = 302

El **resultado del tratamiento** fue evaluado por el porcentaje de pacientes en abstinencia. El 66.2% (268) de los pacientes estaba sin fumar a los 12 meses de ingresados al programa. Tabla III.

En el grupo de pacientes que continuaba fumando se comprobó un descenso significativo de la media de cigarrillos consumidos por día (10.8 cig/ día vs. 20 cig/día al ingreso)

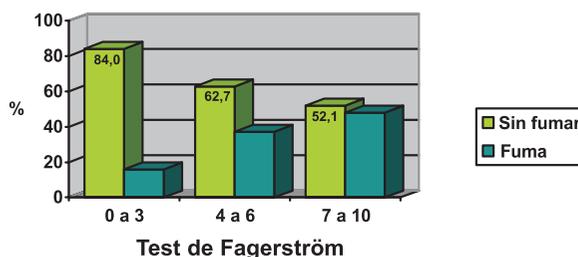
Se analizó la **asociación entre abstinencia a los 12 meses y diversas variables**: sexo, edad, procedencia, tipo de cobertura de salud, estatus de fumador y magnitud del consumo de cigarrillos al ingreso del programa, grado de dependencia y tipo de procedimiento realizado, como lo muestran la tabla IV.

Se encontró que 54.4% de las mujeres y 69.5% de los hombres estaban sin fumar a los 12 meses, diferencia que mostró significación estadística. El estatus de fumador al ingreso del programa también fue significativo, el 59.9% de los que fumaban al ingreso y el 84.5% de quienes estaban sin fumar al ingreso seguían sin fumar a los 12 meses.

El grado de dependencia nicotínica mostró relación con el logro de abstinencia.

El grupo de pacientes sin fumar a los 12 meses mostró una mediana en el resultado del test de Fagerström de 5,

significativamente diferente al hallado en quienes continuaban fumando. Cuando se categorizaron los resultados del test en leve, 0 a 3, moderado, 4 a 6 y severo, 7 a 10, el 84.0% de los pacientes con dependencia leve, 62.7% con dependencia moderada y el 52.1% con dependencia severa estaban sin fumar a los 12 meses. Gráfica 4.

Gráfica 4. Porcentaje de pacientes sin fumar a los 12 meses de ingresados al programa según grado de dependencia nicotínica, medido por Test de Fagerström. (p <0,001). n = 405

Entre los diversos procedimientos se encontró diferencia estadísticamente significativa cuando se compararon quienes recibieron procedimiento quirúrgico y quienes recibieron angioplastia, el porcentaje de pacientes sin fumar fue 73.3% y 60.9% respectivamente.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de cesación entre los pacientes según edad, lugar de procedencia, tipo de cobertura de salud y magnitud del consumo de cigarrillos al ingreso del programa.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Es necesario aclarar algunas características especiales de la población que se está analizando, son pacientes portadores de una enfermedad cardiovascular, y que fueron incorporados al programa durante una internación por este motivo. El programa fue diseñado considerando la oportunidad motivacional que implica la internación por una enfermedad tabacodependiente.

La decisión de incorporar al programa a pacientes que llevan menos de 6 meses sin fumar, está basado en que esta etapa llamada "acción" es la de mayor riesgo de volver a fumar. Son necesarias intervenciones específicas para prevenir las recaídas, especialmente cuando el paciente dejó de fumar por sus medios, motivado por un evento específico relacionado con su salud, en general sin los cambios cognitivos y conductuales necesarios para mantener la abstinencia a largo plazo.

Otra particularidad de este programa es que los pacientes incorporados están en cualquier etapa de motivación, la mayoría no son pacientes que solicitaron ayuda, sino que fueron incorporados por iniciativa del programa.

La población analizada es diferente a lo descrito habitualmente en los programas de cesación respecto a la distribución por sexo.⁽⁷⁻¹⁰⁾ Habitualmente predominan los pacientes de sexo femenino o las proporciones son similares, a pesar de la mayor prevalencia del tabaquismo en los hombres de la población general. Esto se relaciona con un mayor pedido de ayuda por parte de las mujeres. El predominio del sexo masculino en los pacientes incluidos en este programa se explica porque en su mayoría fueron captados en los IMAE cardiológicos. La mayor proporción de hombres que reciben estos procedimientos y la incorporación al programa no condicionada a la solicitud de ayuda para dejar de fumar explicarían esta diferencia. Cuando se analizan las características de los pacientes que se incorporaron a la modalidad de "control", la cual depende de la solicitud de ayuda, se destaca que en este grupo aumenta la proporción de mujeres, acorde con el comportamiento visto en la literatura nacional e internacional.⁽⁸⁻¹¹⁾

Se analizaron las características de los pacientes que se incorporaron a la modalidad de "control", ya se mencionó lo relacionado al sexo, además se encontró menor edad y mayor grado de dependencia nicotínica medida por el test de Fagerström, estas son características descritas habitualmente en las poblaciones que solicitan ayuda para dejar de fumar.⁽⁸⁻¹¹⁾

El tratamiento farmacológico también es particular en esta población. El primer elemento a destacar es que se utilizan fármacos sólo en pacientes que concurren a controles periódicos.

Por otro lado el tratamiento farmacológico dirigido a tratar el síndrome de abstinencia nicotínico, se considera indicado en los 2 primeros meses de abstinencia, pasado este período no hay evidencia que justifique el inicio de un tratamiento farmacológico. Hay un grupo de pacientes que concurre precozmente luego de un evento coronario agudo, en estos casos se evita en lo posible el uso de sustitutos nicotínicos hasta pasado 30 días del evento.

Otros pacientes solicitan ayuda porque están fumando un número muy reducido de cigarrillos desde la internación, pero no tienen la motivación necesaria para la cesación. En estos casos se usa tratamiento farmacológico para ayudar al paciente a no aumentar su consumo mientras se genera y aumenta la motivación para la cesación, proceso que puede llevar varios meses. Esto explica que muchos tratamientos sean prolongados incluso antes de lograr la cesación, basado en estrategias de reducción del riesgo.

También existe un grupo de pacientes con cierta resistencia al uso de tratamiento farmacológico, este hecho ya fue mencionado en la revisión de Narsavege et al. de intervenciones para la cesación del tabaquismo en pacientes hospitalizados por enfermedades cardiopulmonares.⁽¹²⁾

Un cierto porcentaje de pacientes tienen contraindicaciones absolutas o relativas relacionadas a otras patologías vasculares como stroke, insuficiencia renal, arteriopatía de miembros inferiores, además de la proporción habitual de pacientes con otras contraindicaciones.

En el trabajo de Vernon et al. de intervención en grupos de pacientes portadores de cardiopatía isquémica e ingresados a programas de cesación durante una internación, el porcentaje de uso de TRN (único tratamiento farmacológico propuesto) fue 54%.⁽¹³⁾

El porcentaje de abstinencia al año del ingreso al programa es 66.2%, esta cifra se considera muy buena, sabiendo que en poblaciones similares algunas publicaciones internacionales mencionan porcentajes de abstinencia al año entre 35 y 57%.⁽¹²⁻¹⁵⁾

En el grupo de pacientes que continuó fumando se comprobó un descenso significativo de la media de cigarrillos consumido por día, de 20 cig/día al ingreso al programa a 10.8 cig/día en la evaluación a los 12 meses, hecho también mencionado en la publicación de Taylor et al.⁽¹⁶⁾ Si bien el objetivo siempre es la cesación absoluta, hay cierto beneficio con la disminución del consumo, principalmente como una etapa en la que aumenta la probabilidad de cesación si se acompaña de adecuadas estrategias motivacionales.

Las variables que se encontraron asociadas al logro de la abstinencia al año, son acorde con las publicaciones nacionales e internacionales sobre el tema.^(9, 11)

CONCLUSIONES

La intervención realizada, que incluye entrevista inicial y control o seguimiento telefónico, ha mostrado ser efectiva con un índice de abstinencia a los 12 meses de la entrevista inicial de 66.2%.

Se encontró asociación significativa entre el logro de la abstinencia al año y sexo masculino, abstinencia lograda al momento del procedimiento, menor grado de dependencia nicotínica medida por test de Fagerström y procedimiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. PNUD. 3ª. Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas. 2001
2. Unal B, Critchley J, Capewell S. Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in England and Wales Between 1981 and 2000. *Circulation*. 2004;109:1101-1107
3. EUROASPIRE II. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II. Euro Heart Survey Programme. Study Group*European Heart Journal (2001) 22, 554–572
4. Prochaska J, Di Clemente C, Norcoross J. In such of how people change, application to addictive behaviors. *Am. Psychol* 1992. 47:1102-1014
5. Fagerström K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978; 3:235-41
6. Richmond R, Kehoe L, Webster I. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners *Addiction*. 88(8):1127–1135
7. Ockene J, Kristeller J, Goldberg R, Ockene I, Merriam P, Barrett S. Smoking cessation and severity of disease: the coronary artery smoking intervention study. *Health Psych*. 1992. 11:119-126
8. Goja B, Esteves E, Barros M, Blanco L, Benia W y col. Caracterización de la población asistida en la policlínica de tabaquismo del Hospital de Clínicas y resultados del tratamiento. *Arch. Med. Int.* 2005; 28 (4): 83-88.
9. López MV, Anido T, Rovira M, Goja B, Tubito M y col. Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev Med Urug* 2007; 23: 25-33
10. Camps X, Frasccheri M, Buroni C. Análisis del funcionamiento de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev.Urug.Cardiol* 2005; 20 (1): 16-20.
11. McEwen A, Hayek P, McRobbie H, West R. Manual of smoking cessation. A guide for counselors and practitioners. Oxford: Blackwell. 2006
12. Narsavage, G., Idemoto, B, The Sarah C. Hirsh Institute. (February 15, 2003). "Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Patients With Cardio-Pulmonary Disorders" Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 8 N°1, Manuscript 5. (correction: Vol.8 No. 2)
13. Vernon J, Crane L, Prochaska A, Fairclough D, MacKenzie T. Smokers hospitalized in an urban, public hospital: addiction, states of change, and self- efficacy. *Prev. Med.* 1999. 28,488-95.
14. Fung P. Snape-Jenkinson S, Godfrey M, Love K, Zimmerman P, Yang I, Fong K. Effectiveness of hospital-based smoking cessation. *Chest* 2005;128:216-23
15. Quist-Pulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003. 327:1254-8
16. Taylor C, Houston-Miller N, Killer J, DeBusk R. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse- managed intervention. *Ann. Int. Med.* 1990. 113:118-123.