

## Efectividad del Policlínico Antitabaco en Red del Servicio de Salud de Talcahuano (2002 – 2004) EFFECTIVENESS OF THE ANTI-SMOKING CLINIC NETWORK IN THE TALCAHUANO PUBLIC HEALTH SERVICE (2002 – 2004)

### RESUMEN

*El policlínico antitabaco en red se crea con el objetivo de otorgar apoyo a los pacientes y funcionarios de los establecimientos del Servicio de Salud Talcahuano, debido a la necesidad de contar con atención especializada en el intento de cesación del hábito tabáquico, evidenciada con ocasión del Concurso “Déjalo y Gana Chile 2000”.*

***Objetivo:** Medir la efectividad del Policlínico Antitabaco en Red del Servicio de Salud de Talcahuano entre junio de 2002 y mayo de 2004.*

***Material y Método:** Estudio descriptivo de pacientes que ingresaron a tratamiento en policlínico antitabaco en red entre junio de 2002 y mayo de 2004. Del total de 325 pacientes consultantes, se consideraron en el análisis los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión (edad igual o superior a 18 años, fumador habitual y tener motivación para intentar dejar de fumar y requerir ayuda en proceso de cesación tabáquica).*

***Resultados:** De los 191 pacientes, el 44,5% se mantuvo con abstinencia tabáquica durante más de tres meses; el 29,3% con abstinencia de más de seis meses y el 14,1% con abstinencia por más de un año. El 35,6% de los pacientes sufrió recaída durante el periodo de tratamiento.*

***Conclusión:** El resultado del Policlínico Antitabaco en Red se debería a la existencia, en nivel primario, de un equipo multidisciplinario capacitado y sensibilizado en la atención de estos pacientes, así como haber contado con los recursos terapéuticos y el apoyo de atención secundaria.*

**Palabras clave:** Atención primaria de salud, cesación tabáquica, tabaco.

### ABSTRACT

*The anti-smoking clinic network is created with the aim of providing support to patients and staff of the Health Service establishments Talcahuano,*

**CAMILO BASS**  
Servicio de Salud  
Talcahuano  
camilobass@yahoo.com

**SERGIO TAPIA**  
Hospital Las Higueras  
Servicio de Salud  
Talcahuano

**MARÍA TERESA  
VALENZUELA**  
División de Promoción  
de Salud  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile

**MARIO TAPIA**  
Universidad San  
Sebastián, Concepción

*owing to the need for specialized care in attempting smoking cessation, as evidenced on the occasion of the Competition "Chile 2000 Quit and Win".*

**Objective:** *To measure the effectiveness of anti-smoking clinic at the health service network of Talcahuano between June 2002 and May 2004.*

**Material and Method:** *Descriptive study of patients admitted to anti-smoking treatment clinic networking between June 2002 and May 2004. Of the total of 325 patients attended, were considered in the analysis patients who met the inclusion criteria (age  $\geq 18$  years, smoker and have motivation to try to quit smoking and need help in smoking cessation process).*

**Results:** *Of the 191 patients, 44.5% remained abstinent from smoking for more than three months, the abstinence of 29.3% over 6 months and 14.1% abstinent for more than 1 year. 35.6% of patients experienced relapse during the treatment period.*

**Conclusion:** *The result of antismoking clinic network is due to the existence in the primary, a multidisciplinary team trained and sensitized in the care of these patients, as well as having had the treatments and secondary care support.*

**Key words:** Primary Health Care, smoking cessation, snuff.

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es el factor de riesgo evitable más importante en la producción de enfermedades crónicas no transmisibles, grupo de patologías que determinan la mayor morbimortalidad en el adulto y el adulto mayor(1).

El tabaquismo implica para la sociedad elevados costos, por concepto de salud. Demanda al sector público un alto volumen de su presupuesto, el que debe ser desviado para atender las enfermedades derivadas de su consumo. Estas enfermedades podrían haber sido evitadas si las personas hubiesen suspendido oportunamente la adicción o mejor aún, si no la hubiesen iniciado. Estos recursos podrían aumentar el presupuesto destinado a tratar otras patologías más difíciles de evitar(2).

El tabaquismo es una enfermedad crónica y constituye uno de los problemas de salud que se presenta con más frecuencia en la atención primaria. En Chile, en un centro de salud donde se atiende a unas 10 mil personas adultas, como mínimo 4 mil de ellas son fumadoras y muchas morirán a consecuencia del consumo del tabaco(3).

El 40,6% de la población adulta de nuestro país es fumadora actual, es decir, fuman en forma diaria u ocasionalmente; de ella el

porcentaje de hombres es significativamente mayor que el de mujeres (44,2% versus 37,1%). El 29,8% de la población adulta se declara fumador diario (al menos un cigarrillo por día) y el 10,8% de la población general se declara fumador ocasional (menos de un cigarrillo diario). El 73% de los fumadores actuales fuma diariamente. Un 33,2% de los fumadores diarios dejan transcurrir una hora o menos antes de fumar su primer cigarrillo del día, prevalencia que aumenta con la edad. Los fumadores diarios fuman un promedio de 10,4 cigarrillos al día. En cuanto a la edad, la mayor prevalencia de fumadores actuales se observa, tanto en hombres como en mujeres, en el grupo de 25 a 44 años, en el cual el 54,4% de los hombres y el 44,3% de las mujeres fuman diaria u ocasionalmente(4).

En cuanto a la intención de dejar de fumar, la proporción es del 65,7%. En los hombres, el grupo etario con mayor intención de dejar de fumar es el de 25 a 44 años, seguido del grupo de 45 a 64 años, con proporciones del 78,5% y 71,6% respectivamente. En las mujeres, el grupo etario de 45 a 64 años es el que tiene mayor intención de dejar de fumar, con un 70,5%. Los fumadores diarios de nivel educacional bajo son los que presentan mayor intención de dejar el cigarrillo, con un 80,2%

para hombres y un 78,7% para mujeres, siendo esta última proporción, significativamente superior a la de mujeres de los niveles educacionales medio y alto(4).

En cuanto a las intervenciones utilizadas para abandonar el hábito tabáquico, estas se pueden dividir en dos grupos(5):

- Intervenciones no clínicas, donde se encuentran los programas de autoayuda, individuales o comunitarios (como el Concurso “Déjalo y Gana”), o campañas en los medios de comunicación masivos.
- Intervenciones clínicas, entre las que se distinguen la intervención breve, la intervención intensiva y las unidades especializadas.

En relación a las intervenciones clínicas, algunas características del trabajo en el nivel primario de atención permitirían actuar ante los problemas relacionados con el consumo de tabaco; accesibilidad, continuidad, globalidad, longitud de la atención. Además, se estima que en un año aproximadamente el 70% de los fumadores acuden a alguna prestación de salud al consultorio. La experiencia acumulada en otros países permite aconsejar el tratamiento del tabaquismo de forma global en el marco de la atención primaria(5-12).

Las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco establecen que los fumadores que deseen dejar el tabaco deben recibir tratamiento farmacológico en caso necesario(5,7,13-15).

Se ha reportado que la tasa anual mínima de fumadores que consiguen dejar el tabaco por sí mismos es de un 1%, lo que contrasta con el resultado obtenido con el apoyo a fumadores que acceden a ayuda profesional específica con tratamientos psicológicos y farmacológicos, que alcanzan tasas de 15 al 30%(5).

Por otra parte, Chile es uno de los países que firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesto por la OMS (CMCT), tratado internacional que contiene información acerca de los mínimos necesarios para proteger el derecho a la salud de la población,

por medio del desarrollo de políticas que contemplen el incremento de los impuestos, la información a los consumidores sobre los riesgos del consumo de tabaco, la prohibición de la publicidad, la promoción de espacios públicos libres de humo y la financiación de programas de prevención y tratamiento de la dependencia al tabaco. En este contexto, nuestro país se encuentra atrasado en la implementación de este tipo de tratamientos(12).

La entrada en vigencia de la nueva Ley del Tabaco en el año 2006 produjo un tímido descenso de solo 1,2 puntos en la prevalencia en población general (42,4% a 41,2%). La diferencia en el consumo diario de tabaco entre el nivel socioeconómico bajo y el nivel socioeconómico alto alcanza a los 5,2 puntos (30,7 NSE Bajo; 25,5 NSE Alto), lo que da cuenta de una preocupante inequidad(16).

El Policlínico Antitabaco en Red se crea con el propósito de otorgar apoyo a los pacientes y funcionarios de la red del Servicio de Salud Talcahuano, que con ocasión del Concurso “Déjalo y Gana Chile 2000” demandaron atención especializada en el intento de cesación del hábito de fumar. En junio de 2002 se inicia la actividad de estos policlínicos que tienen la particularidad de ser desarrollados en los centros de salud de atención primaria con el apoyo en la atención secundaria de un especialista broncopulmonar. El trabajo en la atención primaria es realizado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud instruidos en el tema, coordinados por el médico a cargo del programa.

## OBJETIVO

Medir la efectividad del Policlínico Antitabaco en Red del Servicio de Salud de Talcahuano entre junio de 2002 y mayo 2004.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes que ingresaron a tratamiento en el Policlínico Antitabaco en Red de los distintos centros de atención del Servicio de Salud

Talcahuano (siete centros) entre 1 de junio de 2002 y 31 de mayo de 2004.

Se obtuvo la información sobre las características del hábito tabáquico y del proceso de deshabitación de las tarjetas de ingreso y control de los pacientes, así como de sus respectivas fichas clínicas.

Los datos fueron ingresados en una planilla Excel; en el análisis estadístico se obtuvo indicadores de resumen para cada variable, de modo de describir la muestra.

### Características del tratamiento

Para el acceso de los pacientes al tratamiento, se diseñó un flujograma de pesquisa de personas que presentaban hábito tabáquico, en diferentes prestaciones de salud en los centros de atención, padres de niños en control del Programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), mujeres del Programa de Planificación Familiar, Examen de Salud Preventivo, personas en control en Programa ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto), entre otros. Se capacitó al personal de salud relacionado con estos programas para la realización de consejería breve y derivación de los fumadores habituales con motivación para intentar dejar de fumar, de acuerdo al Modelo de Etapas de Cambio, y que necesitaran ayuda en el proceso de cesación tabáquica, al Policlínico Antitabaco en los respectivos centros de atención. Además, se derivó a las personas inscritas en el Concurso "Déjalo y Gana Chile" que demandaron atención en el intento de cesación del hábito de fumar (Figura 1).

En el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2002 y 31 de mayo de 2004, se realizó consejería breve a un total de 325 pacientes. Los centros de atención en que se efectuaron estas atenciones, se detallan en la Tabla 1.

De este total de personas a quienes se les realizó consejería breve, 191 pacientes se derivaron al Policlínico Antitabaco, estableciéndose un modelo de atención que comenzaba con una primera consulta médica, que tuvo como objetivo evaluar las características del hábito tabáquico y del proceso de deshabitación, además de efectuar un examen

físico y determinar la necesidad de pruebas complementarias. De estos pacientes, 42 requirieron apoyo para su manejo de parte del médico broncopulmonar, debido a la severidad de la alteración pulmonar de base, siendo derivados a la atención secundaria con el especialista interconsultor del Hospital Las Higueras de Talcahuano.

### Criterios de inclusión

Se incorporó a tratamiento a las personas que cumplieran con las siguientes características:

1. Tener edad igual o superior a 18 años.
2. Ser fumador habitual.
3. Tener motivación para intentar dejar de fumar.
4. Requerir ayuda en el proceso de cesación tabáquica.

Estableciéndose la inscripción a un plan de tratamiento, mediante la firma de un contrato terapéutico, definiendo el día D (día escogido para el intento de cesación) dentro de los 15 días siguientes a esta consulta, indicación de tratamiento farmacológico en caso necesario, así como de exámenes complementarios.

Se dejó un control en el periodo comprendido entre uno a siete días posteriores al día D, según el grado de dependencia de acuerdo al Test de Fagerström presentada por el paciente, quedando citado con la enfermera cuando esta dependencia era baja y con médico en caso de dependencia moderada o severa.

En cuanto a los fármacos utilizados para apoyar el logro de la cesación, se dispuso de los siguientes fármacos:

- a. Bupropión: tabletas (150 mg)
- b. Chicles de Nicotina (2 mg).

A los pacientes que presentaban un grado de dependencia de acuerdo al Test de Fagerström, considerada moderada, alta o muy alta, se les indicó comenzar con Bupropión. En el caso de pacientes con dependencia muy alta, además se complementó el tratamiento con chicles de nicotina a partir del día D.

Figura 1. Flujograma de pesquisa de personas que presentaban hábito tabáquico.

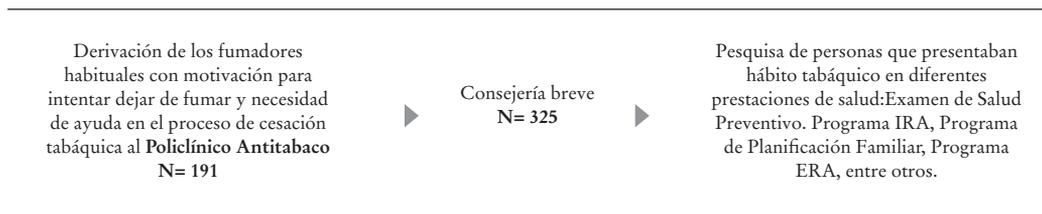


Tabla 1. Pacientes fumadores habituales consultantes según Centro de Atención.

Centros de Atención	Pacientes ingresados	%
C. Higuera	134	41,2
C. San Vicente	24	7,4
C. Hualpencillo	61	18,8
C. Los Cerros	61	18,8
C. Penco	24	7,4
Hospital Lirquén	21	6,4
Total	325	100

Las contraindicaciones para indicar Bupropión fueron antecedentes de crisis convulsivas, o de trastornos del apetito como anorexia nerviosa y/o bulimia, además del uso de inhibidores de mono aminooxidasa (IMAO). Para estas personas se indicó chicles de nicotina.

A los pacientes que iniciaron su tratamiento con Bupropión, se les indicó comenzar con una tableta a las 8 AM, y al cuarto día agregar una segunda tableta a las 4 PM, hasta el día D; luego mantener las dos tabletas al día hasta completar 12 semanas.

Los chicles de nicotina se indicaron a partir del día D, es decir, una vez suspendido el consumo de tabaco, en forma de libre demanda, esperando que disminuyera progresivamente con el paso de los días.

El tratamiento continuó con un control mensual hasta completar los seis meses de abstinencia y posteriormente con controles cada dos meses hasta completar el año de abstinencia, cuando se alcanza la condición de ex fumador y el paciente es dado de alta.

La Figura 2 esquematiza el plan de tratamiento del Policlínico Antitabaco.

Para el análisis de los pacientes, se consideraron las personas ingresadas a tratamiento

que cumplieron con los criterios de inclusión, quienes fueron divididos en grupos, de acuerdo a la condición de abstinencia tabáquica, de acuerdo a la auto-declaración de los pacientes, y para los que cumplían positivamente con esta característica, se subdividieron según la cantidad de meses de abstinencia.

### Definiciones

Fumador habitual: es la persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

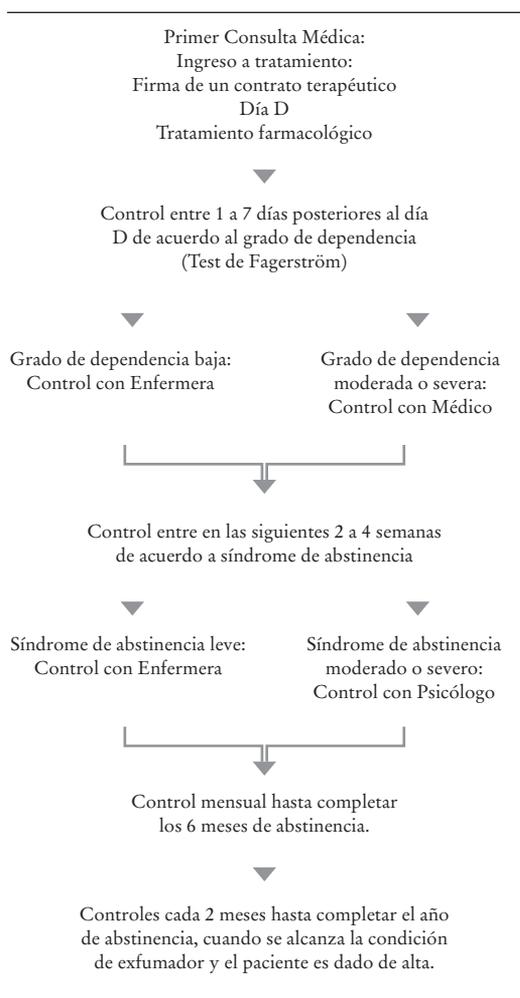
Exfumador: es la persona que ha dejado de fumar por un tiempo mayor a 12 meses.

Cesación: Es el proceso de suspender el consumo de tabaco.

Recaída: La persona vuelve a fumar después de haber suspendido el consumo de tabaco. Las recaídas forman parte del proceso de cesación y deben constituirse en instancias de aprendizaje. Habitualmente las personas realizan varios intentos antes de lograr dejar definitivamente de fumar.

Abandono: La persona que abandona el tratamiento antes de haber asistido a un mínimo de tres consultas (condición necesaria

**Figura 2. Plan de Tratamiento del Policlínico Antitabaco.**



para considerar que el paciente cumplió con el mínimo de sesiones requeridas para el tratamiento).

Se conformaron los siguientes grupos y subgrupos:

1. Abstinencia:
  - a) 3 a 6 meses.
  - b) 6 a 12 meses.
  - c) Más de 12 meses (ex fumadores).
2. Recaídas.
3. Abandono.

## RESULTADOS

Dentro de las características del grupo de pacientes ingresados a tratamiento, destaca una fuerte presencia de mujeres (75,4%), lo que contrasta con la prevalencia comparada entre mujeres y hombres fumadores actuales de la población general (37,1% versus 44,2% respectivamente), pero se podría explicar por la mayor tendencia de las mujeres de acudir al consultorio, así como de buscar ayuda médica.(4)

En cuanto al rango de edad, se puede observar una mayor cantidad de pacientes entre 35 y 49 años (56,0%), grupo etario en que los síntomas producto del hábito tabáquico empiezan a manifestarse. En contraposición, el grupo de jóvenes entre 20 y 34 años tiene una menor tendencia a incorporarse a tratamiento (24,6%), lo que se puede relacionar con una menor percepción física de los daños producto de este hábito. El grupo de pacientes entre 50 y 65 años es menor (19,4%), situación concordante con la menor prevalencia del hábito tabáquico en este grupo.(4)

En cuanto al nivel educacional, el porcentaje de pacientes con hasta ocho años de educación es similar a la encontrada en la población general, sin embargo, el grupo de educación media es superior al de nivel educacional alto, lo que se puede relacionar con las características de la población que se atiende en el Sistema Público de Salud.(4)

En relación a la ocupación, un 49,7% se desempeñaba como dueña de casa, un 24,6% era asalariado, un 6,8% trabajaba en forma independiente, un 12,6% estaba cesante y un 6,3% estaba jubilado.

En relación a las características del consumo, la gran mayoría de los pacientes lleva más de 10 años como fumador/a, correspondiendo a un 88,0%. La generalidad de los pacientes (75,4%) había comenzado antes de los 20 años, hallazgo similar a lo encontrado en la población general, donde el promedio es de 17,9 años.(4)

De acuerdo al número de cigarrillos fumados al día, la mayoría de los pacientes (56,5%) fumaba más de 10 cigarrillos, lo que coincide

**Tabla 2. Características de los pacientes en tratamiento antitabáquico.**

VARIABLES	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Mujeres	144	75,4
Hombres	47	24,6
<b>Edad (años)</b>		
Entre 20 y 34 años	47	24,6
Entre 35 y 49 años	107	56,0
Entre 50 y 65 años	37	19,4
<b>Nivel educacional</b>		
Educación básica en forma incompleta	23	12,0
Educación básica en forma completa	23	12,0
Educación media incompleta	36	18,9
Educación media completa	61	32,0
Educación técnica	48	25,1
<b>Ocupación</b>		
Dueña de casa	95	49,7
Asalariado	47	24,6
Trabajo independiente	13	6,8
Cesante	24	12,6
Jubilado	12	6,3

**Tabla 3. Características del consumo de tabaco.**

VARIABLES	Nº	%
<b>Comienzo del consumo</b>		
Antes de los 20 años	144	75,4
Después de los 20 años	47	24,6
<b>Años de tabaquismo</b>		
Entre 5 a 10 años	23	12,0
Entre 10 a 20 años	107	56,0
Más de 20 años	61	32,0
<b>Número de cigarrillos fumados al día</b>		
Menos de 10 cigarrillos	83	43,5
Entre 11 y 20 cigarrillos	61	31,9
Entre 21 a 30	24	12,6
Más de 31	23	12,0
<b>Grado de dependencia tabáquica</b>		
Baja	50	26,2
Moderada	72	37,7
Alta	69	36,1
<b>Intentos previos de cesar el consumo de tabaco</b>		
Ninguno	29	15,2
Una vez	97	50,8
Al menos 2 intentos	65	34,0
<b>Motivos para dejar de fumar</b>		
Salud	129	67,5
Económico	31	16,2
Familiar	25	13,1
Otro motivo	6	3,2

con el promedio de 10,4 cigarrillos que fuman los fumadores diarios en nuestro país.(4)

En cuanto al grado de dependencia encontrada en los pacientes, si bien el instrumento de medición utilizado para este grupo difiere del usado en la Encuesta Nacional de Salud (Test de Fagerström y el tiempo transcurrido entre que despiertan y se fuman el primer cigarrillo, respectivamente), se evidencia que en el grupo de pacientes en tratamiento el nivel de dependencia es más severa que en la población general; en efecto, en los primeros se encontró una dependencia alta en un 36,1%, moderada en un 37,7% y baja en un 26,2%, comparado con un porcentaje de dependencia de 23,5%, 9,8% y 66,8%, en población general.(4)

Según el número de intentos previos de cesar el consumo, la mayoría de los pacientes

había intentado dejar de fumar por lo menos una vez, correspondiendo a un 84,8%. De acuerdo a los motivos para dejar de fumar, la mayoría expresa que su intención de abandonar el hábito tabáquico es por motivos de salud, a lo que le sigue la motivación económica y familiar.

De los 191 pacientes ingresados al tratamiento antitabaco, un 44,5% mantuvo abstinencia tabáquica durante un periodo igual o mayor a tres meses, un 35,6% sufrió de alguna recaída durante el periodo de tratamiento y un 19,9% abandono el tratamiento antes de tres atenciones (Tabla 4).

A los seis meses de tratamiento, un 36,6% de los pacientes se mantenía en abstinencia y un 17,6% mantuvo abstinencia por un periodo igual o mayor de un año, siendo clasificado como ex fumador en nuestro estudio.

**Tabla 4: Pacientes ingresados al tratamiento antitabáquico.**

Grupo	Nº	%
Abstinencia igual o mayor a 3 meses	85	44,5
Recaídas	68	35,6
Abandonos (menos de 3 atenciones)	38	19,9
Total	191	100

Estos resultados son similares a los reportados en otros estudios: a los tres meses entre un 36% y un 49%, a los seis meses entre 25% y 34,8%, y de 18,4% a los 12 meses de seguimiento.(17)

## DISCUSIÓN

Creemos que el policlínico antitabaco en red es una estrategia efectiva en el tratamiento de personas que demandan atención para la cesación, así como para las personas que cuentan con motivación al cambio y requieren apoyo médico. Los resultados obtenidos en esta experiencia muestran un porcentaje de éxito similar al alcanzado en otros países donde se han implementado dispositivos del tipo clínico intensivo para la atención de pacientes que requieren ayuda en el proceso de cesación tabáquica.(5,18-20)

En la actualidad se dispone de nuevos fármacos para el tratamiento del hábito tabáquico, los que se podrían utilizar en el abordaje farmacológico de personas que requieren de ayuda para dejar de fumar.(21-23).

Sin embargo, de acuerdo a las orientaciones de la OMS, en nuestro país el tratamiento antitabaco debiera ser implementado con aportes del Estado, ya que por una parte, son difíciles de costear por los pacientes, y por otra, el Sistema de Salud economizaría al prevenir las consecuencias del consumo de tabaco.(12)

El desafío de enfrentar como país el problema del consumo y dependencia del tabaco, debe abordar el contexto de toda la red de salud, debiendo disponer en el breve plazo a nivel de la atención primaria de intervenciones clínicas del tipo breve e intensiva, así como de dispositivos especializados para los casos más complejos.(5)

## CONCLUSIONES

El buen resultado del Policlínico Antitabaco en Red se debería a la capacidad de la atención primaria para acoger y pesquisar a los pacientes que requieren atención para la cesación del hábito de fumar, ya que existe un equipo multidisciplinario capacitado y sensibilizado en la atención de estos pacientes, así como haber contado con los recursos terapéuticos para su atención, además de disponer del apoyo de la atención secundaria, para la derivación y atención de un médico especialista broncopulmonar.

Los resultados de este estudio, así como la evidencia internacional, demuestran la necesidad de la implementación de capacitación al personal de salud en intervenciones clínicas antitabaco, así como de programas de cesación del tabaquismo en los establecimientos del Sistema Público de Salud, que cuenten con los recursos humanos y terapéuticos necesarios para apoyar a aquellas personas que intentan dejar el hábito tabáquico y requieren ayuda para realizar este tipo de tratamientos.

## AGRADECIMIENTOS

Esta experiencia no hubiera sido posible sin la capacitación brindada por la Dra. Marisol Acuña, encargada de tabaco en el Ministerio de Salud, y por la implementación de estos dispositivos de atención coordinados por la Dra. Grettel Müller, del Servicio de Salud Talcahuano. Así como también, por los integrantes de los equipos de salud que realizaron la atención de los pacientes tratados.

## REFERENCIAS

- Orengo JC. Epidemiología del tabaquismo. En: Calvo Fernández JR, López Cabañas A. *El Tabaquismo*. España: Editorial Universidad Las Palmas de Gran Canaria. 2003; 75-81.
- Chile. Ministerio de Salud. División de Atención Primaria, Departamento de Promoción de Salud, Programa Ambientes Libres de

- Humo de Tabaco. *Salud sin tabaco: guía técnica metodológica de programas ambientes libres del humo del tabaco*. Santiago: MINSAL. 2001.
3. OPS/OMS, Ministerio de Salud. Chile. *La cesación del consumo de tabaco: Manual para el equipo de salud*. Santiago: OPS/OMS, MINSAL. 2003.
  4. Chile. Ministerio de Salud. Segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago: Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado, Universidad Católica de Chile, Ministerio de Salud. 2010.
  5. Córdova-García R, Nerín I. Niveles de intervención en tabaquismo: ¿son necesarias las consultas específicas en atención primaria? *Med Clin (Barc)*. 2002; 119(114): 541-9.
  6. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA*. 2000; 283: 3244-54.
  7. Torrecilla García M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria*. 2002; 30: 197-205.
  8. Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, González Díaz M, Martínez González S. El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes. *Aten Primaria*. 2005; 36: 45-49.
  9. 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: 515-523.
  10. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Actuar es posible: El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2007.
  11. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 14.02.2008.
  12. Camarelles F, Salvador T, Torell JMR, Córdova R, Jiménez C, López V, et al. Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 175-200.
  13. Jiménez-Ruiz CA, de Granda JI, Solano S, Carrión F, Romero P, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2003; 39(11): 514-23.
  14. Okuyemi K, Nollen NL, Ahluwalia JS. Interventions to Facilitate Smoking Cessation. *Am Fam Physician*. 2006; Jul 15; 74(2): 262-71.
  15. Villalbí J, Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Borrill C. Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008; 40: 87-92.
  16. Valenzuela MT. *Chile: situación del tabaquismo a cinco años de la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco y los desafíos pendientes*. Santiago: EPES, Chile Libre de Tabaco. 2010.
  17. Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2003.
  18. Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH, Kustra RP, Jamerson BD, Segall N, et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther*. 2001; 69: 438-444.
  19. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 3, 2003.
  20. Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2005.
  21. New Zealand. Ministry of Health. *Smoking Cessation Guidelines*. Wellington: Ministry of Health; New Zealand. 2007.

22. Paraguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional para el Control del Tabaco. *Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. 2009.
23. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo*. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2009.