Factores relacionados con el seguimiento de los pacientes en programa de deshabituación tabáquica

J.L. López-Campos, F.J. Álvarez Gutiérrez, A. Vellisco, J.F. Medina, E. Barrot Cortes.

Centro de Especialidades Dr. Fleming. Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivo. El objetivo del presente estudio fue evaluar las características de los pacientes que completan un programa de 12 meses de deshabituación tabáquica, en comparación con los que no lo completan, a fin de determinar el perfil de paciente respondedor.

Métodos. Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal en el que fueron incluidos todos los sujetos que asistieron a nuestra clínica en busca de información sobre los programas de deshabituación entre 2000 y 2005. A todos los pacientes se les realizó una evaluación individual con recogida de los antecedentes personales, incluyendo cuadros médicos y psicológicos, así como diversos aspectos relativos al consumo de tabaco. La relación entre las distintas variables recogidas y la finalización del programa fue analizada en un estudio mutlivariante.

Resultados. Durante el período de estudio, fueron atendidos 1.681 sujetos en nuestra unidad de deshabituación. Las variables que resultaron estar relacionadas con la finalización del programa de deshabituación fueron la presencia de insuficiencia cardíaca (OR: 3,50; IC95%: 1,24-9,87), la puntuación del test de Fagerström (OR: 0,93; IC95%: 0,87-0,99), la cantidad de nicotina en el cigarrillo (OR 0,19; IC95% 0,05-0,66), el tratamiento con bupropion (OR: 2,59; IC95%: 1,70-3,94), la presencia de trastornos del ánimo (OR: 0,59; IC95% 0,38-0,91) y el número de sesiones de psicoterapia (OR 2,18; IC95% 1,99-2,39).

Conclusiones. El presente estudio encuentra una relación entre las variables descritas y la finalización del seguimiento de un programa de deshabituación a los 12 meses. Esta información podría ser de ayuda para identificar a los pacientes que se beneficiarían de una estrategia de seguimiento que mejore la cumplimentación del programa.

Palabras clave: tabaco, adicción, programas de deshabituación, cumplimentación.

Follow-up related factors in patients in the anti-smoking program

Abstract

Objective. The objective of this study was to evaluate the characteristics of the patients who complete a 12 month quit smoking program, in comparison with those who do not complete it to determine the responding patient profile.

Methods. This observational, prospective study included all those subjects attending our clinic in search of information about anti-smoking programs between 2000 and 2005. All patients were evaluated individually, including personal background as well as medical and psychological information. Likewise, various aspects relating to the consumption of tobacco were also included. The relationship between the different variables collected and the finalization of the program were analyzed in a multi-variant study.

Results. During the study, 1.681 subjects attended our anti-smoking unit. The variables that turned out to be related to the finalization of the anti-smoking program were the presence of cardiac insufficiency (OR: 3.50; IC95%: 1.24-9.87), the scoring on the Fagerström test (OR: 0.93; IC95%: 0.87-0.99), the quantity of nicotine in the cigarette (OR 0.19; IC95% 0.05-0.66), the treatment with bupropion (OR: 2.59; IC95%: 1.70-3.94), the presence of depression (OR: 0.59; IC95% 0.38-0.91) and the number of psychotherapy sessions (OR 2.18; IC95% 1.99-2.39).

Conclusions. This study found a relationship between the described variables and the finalization of the follow up of anti-smoking program after 12 months. This information could help identify those patients who would benefit from a follow-up strategy that improves their compliance with the program.

Key words: tobacco, addiction, anti-smoking programs, compliance.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una adicción mundial que constituye un factor de riesgo para numerosas enfermedades. El consumo de tabaco está considerado como una de las principales causas de muerte prematura con 5 millones de muertes al año en todo el mundo[1,2]. Las unidades de deshabituación tabáquica fomentan el abandono del tabaquismo empleando apoyo psicológico junto con varios enfoques farmacológicos. Sin embargo, aunque dejar de fumar es claramente beneficioso, muchos fumadores no responden bien a los esfuerzos del programa de deshabituación. El porcentaje de éxito global de la abstinencia a largo plazo está situado entre el 17% y 22%[1].Nuestro grupo ha conseguido tasas de respuesta del 24,3% al año con tratamiento psicoterapéutico[3] que ascienden al 29,3% al año al administrar terapia sustitutiva con nicotina (TSN)[4]. Estudios previos han identificado diversos factores relacionados con el resultado de la terapia entre los que figuran: el sexo, la edad de iniciación, el grado de motivación o el de abuso de alcohol[5].

Recibido: 28 de octubre de 2009. Aceptado: 23 de enero de 2010.

Dr. José Luis López-Campos Bodineau.
lcampos@neumosur.net

En este sentido, las cifras de abstinencia descritas en la literatura suelen referirse a la abstinencia documentada tras un periodo prolongado de seguimiento que suele ser de entre 6 meses y un año. Sin embargo, es conocido que un factor importante para esta, relativamente baja, tasa de éxitos es la pérdida del seguimiento de muchos pacientes que hace que estos sujetos perdidos se consideren como fracaso del tratamiento, cuando en realidad no tenemos constancia de su estado de fumador o no. Por este motivo, es probable que las cifras de abstinencia al año estén infraestimadas.

Identificar aquellos factores relacionados con haber completado el seguimiento de un año puede ser de interés para detectar un perfil de sujeto que no cumple con el seguimiento. De esta manera, se podría crear un perfil de paciente sobre el que hacer un especial énfasis en el seguimiento durante la deshabituación tabáquica, ya sea realizando un control de las visitas más estrecho o bien planteando otras alternativas como la entrevista telefónica para el seguimiento a largo plazo una vez que se ha conseguido la deshabituación. El objetivo del presente estudio fue analizar las características de los pacientes que completan un programa de deshabituación con un seguimiento durante un año frente a los que no lo completan, con la idea de detectar este perfil de paciente.

MÉTODOS

El presente estudio se llevó a cabo en nuestra unidad especializada para la deshabituación tabáquica del "Centro de Especialidades Dr. Fleming", Hospital Universitario Virgen del Rocío y fue diseñado como un estudio observacional y prospectivo. Todos los sujetos que acudieron a nuestra clínica solicitando información sobre los programas de deshabituación del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2005 fueron incluidos.

Durante la visita de información a todos los pacientes se les realizó una evaluación individual, que incluía la recogida de los antecedentes personales, incluyendo varias enfermedades médicas y psicológicas, así como diversos aspectos relativos al consumo de tabaco. Las variables registradas durante esta visita se resumen en la tabla 1. El término de insuficiencia cardíaca recogía la presencia de fallo cardíaco tanto derecho como izquierdo de cualquier etiología según constase en su historia clínica. Los trastornos psicológicos fueron clasificados según la clasificación del DSM-IV. El nivel educativo fue codificado como no saber leer ni escribir, la educación básica obligatoria (primaria y secundaria) terminada, o un título universitario. El contenido de nicotina del cigarrillo fue clasificado como <0,4, 0,4 a 0,9 o >0,9. El consumo de alcohol fue clasificado como leve (<30 g/día), moderado (30-70 g/día) o grave (>70 g/día). No se consideraba que los sujetos venían voluntariamente si declaraban venir por terceras personas.

El programa de deshabituación consistía en una sesión semanal de psicoterapia de grupo durante 4 semanas, que podían ampliarse a 8 semanas si el paciente lo precisaba. Estas sesiones podían estar asociadas con apoyo farmacológico de acuerdo a las características del paciente. Los tratamientos farmacológicos ofertados fueron TSN y bupropion. Posteriormente se realizó una visita a los 3, 6 y 12 meses, momento en que se daba el programa de seguimiento por finalizado.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Inc. Chicago IL) versión 16.0. Las variables fueron descritas utilizando las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y la media ± desviación estándar para las cuantitativas. Las comparaciones bivariadas entre los sujetos que completaban el programa de 12 meses y los que no, se realizaron con test χ^2 o prueba exacta de Fisher según el caso para las variables cualitativas. Para el análisis de variables cuantitativas entre ambos grupos se empleó el test de la t de Student para datos independientes previa realización de la prueba de Levene para analizar la similitud de las varianzas. Las variables significativas fueron incluidas en un análisis de regresión logística binomial multivariante para determinar qué variables se asociaban con la finalización del programa. La significación estadística fue establecida con un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, 1.681 sujetos fueron atendidos en nuestra clínica de deshabituación, de los que 435 (25,8%) completaron el seguimiento de 12 meses. Las características de la población estudiada se describen en la tabla 2. La principal diferencia entre ambos grupos se observó en el consumo actual de cigarrillos el día de la visita y en el test de Fagerström que fueron significativamente mayores entre los que no completaron el programa. Además, el tratamiento farmacológico y el número de sesiones de psicoterapia fueron diferentes entre ambos grupos (tabla 2). Tan

Tabla 1. Variables recogidas durante la primera visita.

Datos socio-demográficos	**Antecedentes personales**
Edad y sexo	Enfermedades respiratorias:
Nivel educativo	• Secuelas de tuberculosis
Otras adicciones	• Bronquiectasias.
Alcohol y cantidad en g/día	• Asma.
Otras drogas	• EPOC
Trastornos psicológicos (DSM-IV)	• Apnea del sueño
Trastorno adictivo.	Riesgo cardiovascular:
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	• Diabetes mellitus.
Trastornos del estado de ánimo.	• Hipertensión arterial.
Trastorno por ansiedad	• Hiperlipidemias.
Trastornos de la alimentación	Enfermedades cardiológicas:
Trastorno adaptativo	• Angina pectoris.
Otros trastornos	• Infarto agudo miocardio.
Variables relacionadas con el tabaco	• Arritmias.
Edad de inicio.	• Insuficiencia cardíaca
Cigarrillos al día promedio.	Alteraciones del sistema nervioso central:
Cigarrillos al día actuales.	• Trauma craneo-encefálico.
Paquetes-año.	• Ictus
Contenido en nicotina.	• Epilepsia
Intentos previos.	Otras enfermedades:
Primera visita	• Insuficiencia hepática.
Test de Fagerström.	• Insuficiencia renal.
Test de Richmond	• Enfermedades cutáneas extensas
Monóxido de carbono exhalado.	
Peso	**Otras situaciones**
Presión arterial	Embarazo o lactancia
Acude voluntariamente	Insomnio

Tabla 2. Descripción de la muestra.

Variable	Muestra total (n = 1.681)	Programa incompleto (n = 1.246)	Programa completo (n = 435)	Valor p*
Hombres (%)	890 (52,9%)	658 (52,8%)	232 (53,3%)	NS
Edad (años)	44 ± 11	44 ± 11	44 ± 10	NS
Diploma universitario	400 (26,2%)	843 (74,4%)	285 (72,2%)	NS
Edad de inicio tabaco (años)	15 ± 4	15 ± 4	15 ± 4	NS
Paquetes-año	36,2 ± 24,4	36,4 ± 24	35,9 ± 25,4	NS
Consumo actual (cig/día)	28,8 ± 13,6	29,3 ± 13,5	27,4 ± 13,6	0,023
Test Fagerström	6,3 ± 2,2	6,4 ± 2,2	6,1 ± 2,2	0,025
Test Richmond	7,9 ± 1,3	7,8 ± 1,2	8,1 ± 1,5	NS
Monóxido carbono exhalado	21,2 ± 10,4	21,6 ± 10,7	20,4 ± 9,5	NS
Acude voluntariamente	1522 (90,5%)	122 (9,8%)	37 (8,5%)	NS
Tipo de tratamiento:				< 0,001
• Psicoterapia	298 (17,5%)	238 (18,8%)	60 (13,8%)	
• Terapia sustitutiva nicotina	357 (21,3%)	308 (24,8%)	49 (11,3%)	
• Bupropion	1.026 (61,2%)	700 (56,4%)	326 (74,9%)	
Número de sesiones psicoterapia	2,1 ± 1,9	1,5 ± 1,7	3,7 ± 1,4	< 0,001

* Calculado empleando el test de la χ^2 o la t de Student según el caso.

Tabla 3. Antecedentes personales.

Variable	Muestra total (n = 1.681)	Programa incompleto (n = 1.246)	Programa completo (n = 435)	Valor p
Enfermedades respiratorias				
• Secuelas tuberculosis	9 (0,5%)	8 (0,6%)	1 (0,2%)	NS
• Bronquiectasias	4 (0,2%)	3 (0,2%)	1 (0,2%)	NS
• Asma	64 (3,8%)	51 (4,1%)	13 (3%)	NS
• EPOC	154 (9,2%)	110 (8,8%)	44 (10,1%)	NS
• Apnea sueño	28 (1,7%)	24 (1,9%)	4 (0.9%)	NS
Riesgo cardiovascular:				
• Diabetes mellitus	35 (2,1%)	27 (2,2%)	8 (1,8%)	NS
• Hipertensión arterial	150 (8,9%)	119 (9,6%)	31 (7,1%)	0,074
• Hiperlipemia	25 (1,5%)	18 (1,4%)	7 (1,6%)	NS
Enfermedades cardiológicas:				
• Cardiopatía isquémica	55 (3,3%)	39 (3,1%)	16 (3,7%)	NS
• Angina	14 (0,8%)	11 (0,9%)	3 (0,7%)	NS
• IAM	23 (1,4%)	20 (1,6%)	3 (0,7)	NS
• Arritmias	20 (1,2%)	15 (1,2%)	5 (1,1%)	NS
• Insuficiencia cardíaca	23 (1,4%)	10 (0,8%)	13 (3%)	0,002
Trastornos SNC:				
• TCE	24 (1,4%)	22 (1,8%)	2 (0,5%)	0,032
• Ictus	18 (1,1%)	7 (0,6%)	11 (2,5%)	0,002
• Epilepsia	22 (1,3%)	13 (1%)	9 (2,1)	0,088
Otras enfermedades:				
• Insuficiencia hepática	17 (1%)	7 (0,6%)	10 (2,3%)	0,004
• Insuficiencia renal	18 (1,1%)	9 (0,7%)	9 (2,1%)	0,024
• Enfermedades piel	29 (1,7%)	16 (1,3%)	13 (3%)	0,020

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IAM: infarto agudo de miocardio. SNC: sistema nervioso central. TCE: traumatismo cráneo-encefálico. * Calculado empleando el test de la χ^2.

Tabla 4. Trastornos psicológicos.

Variable	Muestra total (n = 1.681)	Programa incompleto (n = 1.246)	Programa completo (n = 435)	Valor p*
Trastorno adictivo	11 (2,1%)	9 (0,7%)	2 (0,5%)	NS
Trastorno psicótico	107 (6,4%)	74 (5,9%)	33 (7,6%)	NS
Trastorno del ánimo	247 (14,7%)	203 (16,3%)	44 (10,1%)	0,001
Trastorno de ansiedad	73 (13,9%)	58 (14%)	15 (13,5%)	NS
Trastorno alimenticio	9 (0,5%)	8 (0,6%)	1 (0,2%)	NS
Trastorno adaptativo	27 (1,6%)	19 (1,5%)	8 (1,8%)	NS
Otros trastornos	50 (3%)	42 (3,4%)	8 (1,8%)	0,068

* Calculado empleando el test de la χ^2.

solo 25 sujetos precisaron superar las 4 sesiones iniciales de tratamiento psicológico.

Las diferencias en antecedentes personales entre los dos grupos están resumidas en la tabla 3. Los principales antecedentes relacionados con la finalización del programa fueron la insuficiencia cardíaca, los trastornos del sistema nervioso central, la insuficiencia hepática, la insuficiencia renal y las enfermedades extensas de la piel.

Los trastornos psicológicos recogidos están resumidos en la tabla 4. Los trastornos del ánimo fueron más frecuentes entre pacientes que dejaron el seguimiento. A pesar de que los trastornos alimenticios en su conjunto no fueron diferentes, la anorexia nerviosa sí resultó ser más frecuente entre los que completaban el programa a los 12 meses (2,3% vs 0,6%; p=0,007). Las mujeres en situación de embarazo o la lactancia fueron más frecuentes en el grupo que completó el seguimiento (2,3% vs. 0,8%; p=0,017).

El resultado del análisis multivariante se refleja en la tabla 5. Las variables que resultaron estar relacionadas con la finalización del programa de deshabituación fueron la presencia de insuficiencia cardíaca, la puntuación del test de Fagerström, el tipo de tabaco fumado en cuanto a la cantidad de nicotina, el tipo de tratamiento farmacológico empleado, la presencia de trastornos del ánimo y el número de sesiones de psicoterapia.

DISCUSIÓN

El presente estudio describe las variables asociadas a la finalización de un programa de deshabituación tabáquica con un seguimiento de 12 meses. Existen numerosos estudios que analizan las variables que se asocian al éxito del programa de deshabituación. Estos trabajos dan por no exitosos a los pacientes que se pierden en el seguimiento, sin que hasta el momento se hayan estudiado las variables relacionadas con esta pérdida de casos. El presente estudio es el primero que aborda esta cuestión analizando las variables que están asociadas con completar el seguimiento de 12 meses.

Para la correcta interpretación de nuestros resultados, es importante tener en cuenta que el objetivo del presente análisis es evaluar las variables relacionadas con el éxito del seguimiento, no con el éxito del tratamiento. Aunque ambos son factores muy relacionados, ya que para valorar un éxito en el tratamiento hace falta que se complete el seguimiento, nuestros resultados no valoran si el tratamiento fue efectivo o no, sino simplemente si completaron el protocolo de 12 meses.

En el presente estudio, acudieron a nuestra unidad antitabaco para realizar un programa de deshabituación 1.681 sujetos, de los que 435 (25,8%) completaron el seguimiento de 12 meses. Esta cifra es considerablemente menor que la descrita en ensayos clínicos con seguimientos al año, que suelen ser superiores al

Tabla 5. Análisis multivariante.

	Valor p	OR	Intervalo confianza 95%	
			Inferior	Superior
Insuficiencia cardíaca	0,018	3,50	1,24	9,87
Test Fagerström	0,025	0,93	0,87	0,99
Tipo de tabaco (contenido nicotina):				
• Bajo contenido (< 0,4)	Ref.	-	-	-
• Contenido medio (0,4-0,9)	0,013	0,20	0,5	0,71
• Contenido alto (>0,9)	0,009	0,19	0,05	0,66
Tipo programa:				
• Psicoterapia	Ref.	-	-	-
• TSN	0,392	1,25	0,74	2,11
• Bupropion	<0,001	2,59	1,70	3,94
Trastorno del ánimo	0,017	0,59	0,38	0,91
Número de sesiones de psicoterapia	<0,001	2,18	1,99	2,39

65%[6,7]. No obstante, los ensayos clínicos tienen un control exhaustivo de los pacientes, lo que hace que se minimicen las pérdidas en el seguimiento, por lo que es esperable que reporten pérdidas menores. En cambio, el presente estudio es un análisis observacional sin intervención en el grupo de estudio en lo que a seguimiento se refiere con objeto de obtener las cifras de seguimiento y las variables relacionadas en la vida real.

La asociación entre eventos cardiológicos y tratamiento del tabaquismo ha sido estudiada en la literatura. A pesar de que las personas con diversas comorbilidades fuman en un elevado porcentaje, los tratamientos disponibles para el tratamiento del tabaquismo están, en ocasiones, restringidos por el temor a efectos adversos, como en el caso de los eventos cardiológicos y la TSN[8]. En nuestro estudio, la presencia de insuficiencia cardíaca fue un factor asociado a completar el seguimiento. Probablemente, la posible aparición de efectos adversos cardiológicos haga que los sujetos en programa de deshabituación que ya tienen una insuficiencia cardíaca de base estén más sensibilizados con realizar el programa de manera completa.

El grado de consumo de tabaco y de adicción también fueron variables asociadas al éxito del seguimiento. Cuanto mayores eran el contenido en nicotina y la puntuación en el test de Fagerström, menor era la probabilidad de completar el seguimiento (tabla 5). Este dato parece indicar que existiría una relación entre el grado de dependencia y la finalización del programa. En este sentido, el grado de dependencia a nicotina se ha asociado repetidamente al éxito de la terapia antitabaco[5], por lo que es esperable que también se asocie al cumplimiento del seguimiento.

El tipo de terapia fue distinto entre los grupos de estudio. Los pacientes en tratamiento con bupropion tenían mayor probabilidad de completar el seguimiento (tabla 5). Un reciente metaanálisis refiere que la combinación de consejo antitabaco con TSN o con antidepresivos muestra una superioridad en la eficacia del programa antitabaco frente al consejo antitabaco aislado[9]. Diversos ensayos han mostrado que bupropion es ligeramente superior a TSN en el tratamiento de la dependencia al tabaco[10], lo que necesariamente implica que los pacientes completen el seguimiento para poder ser evaluados. Por otro lado, en relación con el tratamiento, es importante la asociación que hemos encontrado entre el número de sesiones de psicoterapia y el seguimiento a largo plazo que afianzan la importancia de un buen soporte psicológico en el tratamiento de deshabituación tabáquica[11].

Los trastornos psicológicos también resultaron ser relevantes a largo plazo. En concreto, los trastornos del ánimo, principalmente la depresión, estuvieron asociados con una menor probabilidad de completar el seguimiento. La abstinencia de tabaco está altamente relacionada con cambios en el estado de ánimo y con el comportamiento psicológico. Por tanto, la influencia de la abstinencia tabáquica en trastornos psicológicos preexistentes puede jugar un papel importante durante el proceso de deshabituación. En ese sentido, un trabajo reciente refiere que los fumadores pueden estar parcialmente motivados a fumar con objeto de mejorar su estado de ánimo[12]. Esta asociación entre el comportamiento psicológico y el tabaco es especialmente relevante en algunos trastornos como los psicóticos, cuya asociación con diversas adicciones es común y en la que la adicción al tabaco es casi una constante[13]. Los trastornos de la conducta alimentaria son también importantes, ya que el tabaco está asociado a un aumento de peso[14]. De hecho, las mujeres que están más preocupadas por la ganancia de peso tras el cese del consumo tienen menos probabilidades de tener éxito con el tratamiento[15]. En nuestro estudio el principal desorden psicológico fueron los trastornos del ánimo; sin embargo, la anorexia nerviosa también mostró una relación en el estudio bivariante que desapareció al tener en cuenta el resto de covariables.

Otros factores como la edad de inicio, los intentos previos, el monóxido de carbono exhalado, la presencia de comorbilidades respiratorias o de otra índole o el embarazo/lactancia no han demostrado en el presente estudio tener relación con el éxito del seguimiento. En concreto, a pesar de las diferencias de tasas de éxito entre ambos sexos descritas en la literatura[16], nuestro estudio no reveló que ésta fuera una variable relevante en el seguimiento a largo plazo. Igualmente, a pesar de que se ha descrito que las enfermedades respiratorias crónicas como la EPOC están relacionadas con un mayor grado de dependencia a la nicotina[17], en nuestro trabajo no identificamos la presencia de alguna de estas enfermedades respiratorias como variable asociada a completar el seguimiento de un año.

En resumen, las variables descritas en el presente trabajo determinan el perfil de paciente cumplidor del seguimiento. Conocer este perfil podría permitirnos establecer estrategias para mejorar la adherencia al proceso de deshabituación, que pueden incluir la realización de seguimientos presenciales más estrechos o evaluaciones a distancia mediante entrevista telefónica. La decisión de la estrategia a adoptar dependerá de las características del centro y del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. Lancet. 2008; 371: 2027-38.
2. Jha P, Jacob B, Gajalakshmi V, Gupta PC, Dhingra N, Kumar R et al. A nationally representative case-control study of smoking and death in India. N Engl J Med 2008; 358: 1137-47.
3. Vellisco García A, Alvarez Gutiérrez FJ, Elías Hernández T, Romero J, Toral Marín J, Bordoy Sánchez C et al. Resultados de un programa psicoterapéutico de deshabituación tabáquica tras 12 meses de seguimiento. Arch Bronconeumol 2001; 37: 14-8.
4. Vellisco García A, Alvarez Gutiérrez FJ, Elías Hernández T, Medina Gallardo JF, Alcantarilla Reina D, Bordoy Sánchez C et al. Resultados de un programa psicofarmacológico de deshabituación tabáquica (parches y psicoterapia) tras doce meses de seguimiento. Prevención del Tabaquismo 2003; 5: 5-10.
5. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. Respir Med 2008; 102: 1182-92.
6. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. Thorax 2008; 63: 717-24.
7. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 1994; 272: 1497-505.
8. Steinberg MB, Greenhaus S, Schmelzer AC, Bover MT, Foulds J, Hoover DR et al. Triple-combination pharmacotherapy for medically ill smokers: a randomized trial. Ann Intern Med 2009; 150: 447-54.
9. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials. Eur Respir J 2009; 34: 634-40.
10. Doggrell SA. Which is the best primary medication for long-term smoking cessation--nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline? Expert Opin Pharmacother 2007; 8: 2903-15.
11. Akpanudo SM, Price JH, Jordan T, Khuder S, Price JA. Clinical Psychologists and Smoking Cessation: Treatment Practices and Perceptions. J Community Health (in press).
12. Carter BL, Lam CY, Robinson JD, Paris MM, Waters AJ, Wetter DW et al. Real-time craving and mood assessments before and after smoking. Nicotine Tob Res 2008; 10: 1165-9.
13. Díaz FJ, Velásquez DM, Susce MT, de León J. The association between schizophrenia and smoking: Unexplained by either the illness or the prodromal period. Schizophr Res 2008; 104: 214-9.
14. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. Obes Rev 2004; 5: 95-103.
15. Berg CJ, Park ER, Chang Y, Rigotti NA. Is concern about post-cessation weight gain a barrier to smoking cessation among pregnant women? Nicotine Tob Res 2008; 10: 1159-63.
16. Pauly JR. Gender differences in tobacco smoking dynamics and the neuropharmacological actions of nicotine. Front Biosci 2008; 13: 505-6.
17. Jiménez-Ruiz CA, Masa F, Miravitlles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. Chest 2001; 119: 1365-70.