

Perfil actual de los programas de cesación de tabaquismo en Chile

CAROLINA ÁGUILA O.* y HAYDÉE CHAMORRO R.**

Current profile of smoking cessation programs in Chile

Introduction: In Chile, the prevalence of smoking is close to 40%. At present, even though smoking cessation treatments are cost-effective, only 14% of the population has access to them. The objective of this review is to describe the current evidence that exists in Chile in relation to smoking cessation programs. **Methodology:** A literature review was made in the Scielo and Pubmed databases. The inclusion criteria were articles from 2009 to 2015 that presented information about smoking cessation programs. Four studies were selected. We analyzed the design of cessation therapy programs, success rates, follow-up and the professionals who participated. **Results:** Three programs were found in the public system and one in a private clinic. The success rates were similar in three of them, ranging from 37% at 12 months and 48% in another study, and 34% at 6 months, and another group that had only 14% success at one year. All carried out follow-ups until the year of completion of the treatment, and the professionals involved in the programs were physician, psychologist and nurse, adding the kinesiologists in one. **Conclusions:** At the national level, information on smoking cessation programs is currently scarce. The design and methodology of programs were similar among studies, but there was no consensus at the national level as a clinical guide for the treatment of smoking, so it is necessary to develop them in order to implement these programs in different health institutions in our country.

Key words: Smoking, smoking cessation, tobacco smoking, cost-benefit analysis.

Resumen

Introducción: En Chile, la prevalencia de tabaquismo es cercana al 40%. En la actualidad, a pesar que los tratamientos de cesación de tabaquismo son costo-efectivos, sólo el 14% de la población tiene acceso. El objetivo de esta revisión es describir la evidencia actual que existe en Chile en relación a los programas de cesación tabáquica. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo y Pubmed. Los criterios de inclusión fueron artículos desde 2009 a 2015 que presentaran información acerca de programas de cesación del tabaquismo. Se seleccionaron cuatro estudios. Se analizaron los diseños y metodologías de trabajo, la tasa de éxito, seguimiento y los profesionales que participaron en los programas. **Resultados:** Se encontraron tres programas en el sistema público y uno de una clínica privada. Las tasas de éxito fueron similares en tres de ellos, fluctuando entre 37% a los 12 meses y 48% en otro estudio, y 34% a los 6 meses, y otro grupo que tuvo sólo un 14% de éxito al año. Todos realizaron seguimientos hasta el año de completado el tratamiento, y los profesionales involucrados en los programas fueron médico, psicólogo y enfermera, agregándose kinesiólogo en uno. **Conclusiones:** A nivel nacional, actualmente la información disponible sobre los programas de cesación de tabaquismo es escasa. La metodología de trabajo es similar en los estudios encontrados, pero no existe un consenso a nivel nacional como una guía clínica, para el tratamiento del tabaquismo, por lo que es necesario desarrollarlas para poder implementar estos programas en diversas instituciones de salud de nuestro país.

Palabras clave: Tabaquismo, programa de cesación tabáquica, análisis costo-beneficio.

* Kinesióloga, CESFAM Carmela Carvajal, Puerto Montt, X Región, Chile.

** Psicóloga, Programa de Control del Tabaquismo. Instituto Nacional del Tórax, Santiago, Chile.

Introducción

El tabaquismo es la principal causa potencialmente prevenible relacionada a diversas enfermedades respiratorias y uno de los más importantes factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y muchas otras patologías¹. En Chile existe una alta prevalencia² teniendo el lamentable récord de ser el país de las Américas con el más alto consumo de tabaco entre los jóvenes³. Actualmente existe preocupación a nivel mundial para controlar esta verdadera epidemia, por lo mismo, disminuir su prevalencia es uno de los Objetivos Sanitarios de Chile para el período 2010-2020, pretendiendo reducir de 40,9% a 36,5% el consumo de tabaco de la población⁴. En este contexto, las estrategias implementadas para dejar de fumar aparecen como uno de los pilares para el control del tabaquismo, donde los profesionales del equipo de salud tienen una gran responsabilidad¹.

El objetivo de esta revisión es describir la evidencia actual que existe en Chile en relación a los programas de cesación tabáquica. El propósito del estudio es generar un diagnóstico de la situación actual de los programas de cesación del consumo de tabaco en nuestro país.

Metodología

Este estudio consiste en una revisión bibliográfica de la literatura en las bases de datos Scielo y Pubmed. La elección de los artículos a examinar se basó en que el artículo entregara información acerca de un programa formal de cesación del consumo de tabaco. Las palabras clave para la búsqueda fueron: *tratamiento del tabaquismo*, *programa cesación tabáquica*, *consumo de tabaco* y *cesación del tabaquismo*. Los criterios de inclusión fueron: artículos de investigación, revisiones bibliográficas y textos originales que presentaran información acerca del tratamiento del tabaquismo en forma de un programa de cesación.

El período que se consideró para la revisión comprende desde el 2009 a 2015. Se incluyeron textos en idioma inglés y en español. Se excluyeron los estudios que no presenten información detallada en cuanto al programa de tratamiento. La búsqueda bibliográfica se realizó desde junio a noviembre de 2015. En relación a la búsqueda, podemos decir que en Pubmed sólo aparecen 17 artículos relativos a la cesación del tabaquismo en Chile, con el término *tobacco cessation*; de los cuales sólo tres cumplieron con los criterios

de selección. Al ingresar el término cesación tabaco en Scielo aparecen 856 resultados, cuando este término lo acotamos a Chile se reduce a 225 trabajos, de los cuales ocho artículos hacen referencia al tratamiento del tabaquismo en Chile.

Los artículos fueron publicados entre el 2009 y 2015. Uno de ellos, corresponde a un artículo de revisión, cuatro artículos originales, dos actualizaciones, y uno sin formato. Sin embargo, finalmente se seleccionaron cuatro estudios, los cuales presentaron información de programas de cesación del tabaquismo; los cuatro eran estudios descriptivos originales realizados en el sistema público o privado de nuestro país⁷⁻¹⁰.

Se analizó el concepto o definición de programa de cesación de tabaquismo, algunas definiciones operacionales como abstinencia, recaída y abandono. Además, se examinó si los centros de salud donde se entregaron estas atenciones correspondían al sistema público o privado. También se indagó quienes eran los profesionales que participaron en los programas, y finalmente, cómo fue la metodología de trabajo en estas intervenciones; es decir, si se usó terapia farmacológica, terapia cognitivo conductual o ambas; si las sesiones de tratamiento fueron grupales o individuales; el número de atenciones que se realizaron, los criterios de inclusión; si hubo algún tipo de seguimiento o no de los participantes y los resultados obtenidos en el tiempo de seguimiento.

Resultados

Con respecto al concepto o definición de programa de cesación del tabaquismo, lo encontramos solamente en tres publicaciones: a) La efectividad del policlínico antitabaco en la Red del Servicio de Salud de Talcahuano (2002-2004)⁷; b) La experiencia de un programa de cesación de tabaquismo en el Instituto Nacional del Tórax⁸, y c) Resultados de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico año 2013 de Peña y cols.⁹. Los demás artículos hacen referencia a los diversos tratamientos del tabaquismo, pero no como un programa de atención integral para la cesación del consumo de tabaco. Cabe destacar también el artículo de Véjar y cols. (2013)¹⁰ donde se implementa un plan de tratamiento de tabaquismo en funcionarios de la salud en once centros de Atención Primaria.

En nuestro país existen pocos centros donde se efectúen este tipo de tratamientos. De los cuatro artículos que se encontraron, se observa que tres de ellos pertenecen a centro de atención pública, tres hospitales y uno en un centro de atención pri-

maria, y sólo uno de ellos en una clínica privada ubicada en la ciudad de Santiago⁷⁻¹⁰.

En relación a los programas de cesación de tabaquismo presentados en los artículos; encontramos varias similitudes entre ellos, como por ejemplo, todos están conformados por equipos multidisciplinarios (médico, enfermera y psicólogo) y en dos se agregó la figura de los kinesiólogos; principalmente como profesionales que trabajan en las salas IRA (infecciones respiratorias agudas) y ERA (enfermedades respiratorias agudas), donde tienen un gran volumen de pacientes respiratorios. En el artículo de Véjar y cols.¹⁰ se destaca que si bien los médicos son los profesionales más idóneos para llevar a cabo este tipo de tratamiento, los kinesiólogos son una muy buena herramienta debido a la gran motivación que presentan y el mayor tiempo que pueden dedicarle sobre todo en los servicios de atención primaria donde tienen un rol importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, donde incluso una de sus metas sanitarias es la realización de consejería antitabáquica.

Asimismo, en los cuatro artículos se trabajó con terapia cognitivo conductual y uso de medicamentos para quienes tenían dependencia a nicotina moderada o alta medida a través de la prueba de Fagerström, y para quienes consumían más de cinco cigarrillos al día⁷⁻¹⁰. Los fármacos empleados principalmente fueron Vareniclina, y en algunos casos, Bupropión, según indicaciones médicas. Cabe destacar que en el trabajo de Bello y cols.⁸ la gran mayoría de los participantes utilizaron Vareniclina porque era el fármaco que se encontraba disponible en el hospital, en el trabajo de Véjar y cols.¹⁰ se distribuyó aleatoriamente entre Bupropión y Vareniclina y en el estudio de Bass y cols.⁷ en cambio, se utilizó solamente Bupropión y en las personas que presentaban dependencia alta a nicotina según el test de Fagerström se les agregó chicles de nicotina. En el artículo de Peña y cols.⁹, el 78% usó Vareniclina, 13% Bupropión y 9% sólo terapia psicológica. Sin embargo, en todos los trabajos⁷⁻¹⁰, algunos sujetos no recibieron intervención farmacológica; no obstante, los resultados en cuanto a la abstinencia de este grupo no presentaron cambios significativos en comparación a quienes sí utilizaron medicamentos.

Con respecto, al número de sesiones que se realizaron en el programa, existieron mínimas diferencias entre ellas, en el trabajo de Véjar y cols. se realizaron seis sesiones, Peña y cols. ocho sesiones, Bello y cols. siete sesiones, mientras que Bass y cols. realizaron siete sesiones, pero

a diferencias de los estudios anteriores que eran con una periodicidad semanal, esta era mensual, hasta completar los seis meses de seguimiento⁷⁻¹⁰.

Otro punto por analizar, fueron los criterios de inclusión a los programas, en el trabajo de Bass y cols.⁷ se solicitaba que fueran mayores de 18 años, fumadores habituales, que tuvieran motivación para dejar de fumar y que requirieran ayuda en el proceso de cesación tabáquica, no se presentaron criterios de exclusión. En el artículo de Véjar y cols. no se mencionan los requisitos de ingreso, y en los estudios de Bello y cols.⁸ y Peña y cols.⁹ se mencionan los mismos criterios de inclusión, y se agregan como condiciones de exclusión quienes presenten enfermedades psiquiátricas inestables, pacientes con insuficiencia renal en diálisis, embarazadas, y con antecedentes recientes de TEC o epilepsia, principalmente por la dificultad en la dosificación de los medicamentos.

Para finalizar, en el seguimiento de los pacientes que estaba presente en todos los programas; según Bello y cols. en el programa del Instituto Nacional del Tórax las enfermeras realizaron seguimiento en el curso del tratamiento y con posterioridad al término de las siete sesiones a los 1, 3, 6 y 12 meses utilizando protocolos pre-establecidos. En el estudio de Peña y cols. luego de un seguimiento médico y psicológico estricto durante los primeros 2 a 3 meses, el seguimiento telefónico igualmente fue realizado por una enfermera una vez al mes hasta completar un año de seguimiento. En el estudio de Véjar y cols. se detalla que el tratamiento farmacológico duró tres meses, pero no se detalla mayormente si se realizó seguimiento, ni quien lo efectuó, sólo se comenta el porcentaje de abstinencia que lograron a los seis meses que fue 34%. En la investigación de Bass y cols. se realizaron controles mensuales hasta los 6 meses, y posteriormente cada dos meses hasta completar un año de abstinencia, cuando se alcanzaba la condición de ex-fumador y el paciente fue dado de alta.

En relación a los resultados de los programas, la diferencia en la efectividad de la terapia, también radica en algunas diferencias en las definiciones operacionales; por ejemplo, en el artículo de Bass y cols. y Peña y cols. existe diferencia en el concepto de recaída; ya que para Bass y cols. la recaída era parte del proceso de tratamiento y para Peña y cols. la recaída era considerada como fracaso.

En general, se comunicó una tasa promedio sobre el 30% de abstinencia después del año, lo cual coincide con los datos a nivel mundial⁷⁻¹³. Específicamente, en el trabajo de Bass y cols.

Tabla 1. Descripción de los programas de cesación de tabaquismo implementados en Chile

Autores	Muestra (n)	Intervención	Profesional	Duración de la intervención	Resultados	Institución
Vejar y cols (2013) ¹⁰	81	Fármacos Terapia cognitivo conductual Grupal	Médico Enfermera Kinesiólogo Psicólogo	6 sesiones	35% de abstinencia a los seis meses	Programa de Tabaco Hospital Dr. Sótero del Río. Ejecutado en Atención Primaria
Bass y cols (2013) ⁷	191	Fármacos Terapia cognitivo conductual Grupal	Médico Psicólogo Enfermera	7 sesiones	45% de abstinencia por más de tres meses, 29,3% de abstinencia mayor a seis meses y 14,1% de abstinencia más de un año. 35,6% de recaída en algún momento	Policlínico Antitabaco Red Servicio de Salud de Talcahuano
Peña y cols (2013) ⁹	198	Fármacos Terapia cognitivo conductual Grupal	Médico Psicólogo Enfermera, Kinesiólogo	7 sesiones	48% de abstinencia a los doce meses. 34,4% de recaída a los tres meses de tratamiento	Programa Antitabaco Clínica Santa María
Bello y cols (2015) ⁸	87	Fármacos Terapia cognitivo conductual Grupal	Médico Psicólogo Enfermera	7 sesiones	40% de abstinencia a los tres meses y 37% de abstinencia a los 6 meses	Instituto Nacional del Tórax

el 44,5% mantuvo la abstinencia durante tres o más meses, 35,6% tuvo una recaída durante el período de tratamiento y 19,9% abandonó el tratamiento antes de recibir tres atenciones de salud; a los 6 meses un 36,6% mantenía la abstinencia y un 17,7% por un período igual o mayor a un año, siendo clasificado como ex-fumador. En el estudio de Véjar y cols. se señala que 34,1% se mantenía sin fumar, sin reportar datos de los otros períodos de seguimiento. En cambio, en el estudio de Bello y cols. se observa que al mes de tratamiento cerca del 75% ha logrado dejar el hábito tabáquico, a los 3 meses un 50%, a los 6 meses un 41% y al año un 36% mantiene la cesación. Finalmente en el trabajo de Peña y cols. se incorporan conceptos como éxito o fracaso de la terapia, ellos consideraron como éxito mantener una abstinencia al año de seguimiento la cual fue de 48% y fracaso en un 51%; a su vez, este grupo lo subdividieron en disminución de la dosis a menos de la mitad del consumo previo en un 6,5%, recaída en un 33,9% definida por lograr el cese del tabaquismo durante 2-3 meses y luego reincidir en el consumo de tabaco, y por último el que nunca abandonó el consumo de tabaco que alcanzó un 10,7%. Esta investigación

también señala que el éxito del tratamiento no se modificó significativamente si se utilizó o no terapia farmacológica, los fármacos empleados o si sólo recibieron terapia cognitiva. En la Tabla 1 se resume los principales resultados encontrados en los cuatro estudios nacionales.

Discusión

Si bien el tratamiento del tabaquismo a nivel mundial presenta amplia evidencia¹⁻¹¹, en nuestro país las publicaciones son escasas, sobre todo en relación a programas de cesación tabáquica como tal. Cabe destacar que esta falta de publicaciones nacionales no se debe sólo a que existan pocos investigadores estudiando el problema, sino más bien a que en nuestro país actualmente son pocos los centros de salud, tanto públicos como privados, que tienen incorporados y desarrollados este tipo de intervenciones multidisciplinarias.

En este sentido, se debería ampliar un poco más la oferta de ayuda para dejar de fumar ya que es una poderosa herramienta preventiva sobre el riesgo cardiovascular, mucho más efectiva que la educación sobre la hipertensión o dislipidemias,

y tiene mejor costo beneficio en pacientes con EPOC que incluso la terapia farmacológica o las vacunas antiinfluenza¹⁻³.

En la actualidad, a pesar que los tratamientos de cesación de tabaquismo son extremadamente costo-efectivos, sólo el 14% de la población mundial tiene acceso a ellos³. Esto principalmente porque en muchos países, como también acontecía en Chile, no existen Guías Clínicas para la cesación tabáquica^{4,5,15}, no existen normas técnicas específicas que establezcan protocolos de terapia antitabaco; como por ejemplo, sucede con otras patologías cardiovasculares como la hipertensión arterial o la diabetes. Asimismo, si bien no todos los fumadores necesitan de terapia farmacológica⁷⁻¹⁰, quienes sí la necesitan tienen problemas de acceso debido a su elevado costo, y el hecho de que no existe cobertura para la terapia de cesación tabáquica por parte de las entidades aseguradoras de salud, tanto para FONASA como las Isapres².

Si bien esta revisión se centra en los programas de tratamiento de tabaquismo en nuestro país, creemos que siendo una enfermedad de alta prevalencia, constituye un problema de salud pública. Es por todo lo anterior, que se hace necesario incorporar la terapia de cesación tabáquica a la Atención Primaria de Salud (APS), para aumentar la disponibilidad de apoyo para los fumadores que deseen dejar de fumar, a bajo costo, considerando que es una acción de salud costo efectiva (MINSAL, 2010). El hecho que los programas de cesación del tabaquismo sean realizados en APS (atención primaria de salud) es principalmente para aumentar la cobertura y disminuir las brechas de inequidad en el acceso a este servicio de parte de la población más vulnerable a los efectos deletéreos del tabaquismo^{11,12}. En Chile, en un centro de salud donde se atiende a unas diez mil personas adultas, como mínimo cuatro mil son fumadores y muchas morirán a consecuencia del consumo del tabaco⁷. 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 sujetos fumadores acuden a alguna prestación de salud en el consultorio^{7,11,12}. No obstante, sólo un estudio¹⁰ se llevó a cabo en APS, el cual resultó factible, para un total de once centros, con un total de 81 sujetos enrolados en el programa. Por lo que, en este aspecto faltan más investigaciones que sigan demostrando su efectividad y quizás realizar es-

tudios de costo/efectividad, para lograr generar la suficiente evidencia a favor de este tipo de intervenciones.

En la actualidad existe consenso que los programas de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: psico-social y farmacológico^{1-3,8}. Ambos deberían incluirse en el apoyo a cualquier persona que solicite ayuda para dejar de fumar^{1,2,7-10}. Cabe destacar que no existen para ninguna adicción soluciones únicas o mágicas y que las estrategias farmacológicas, además de su elevado costo, no contribuyen por sí solas a lograr la cesación mantenida del consumo de tabaco. Es por esto que las estrategias psico-sociales toman mayor relevancia ya que pueden ser mucho más fáciles de implementar^{2,8}. Los programas nacionales⁷⁻¹⁰ mayoritariamente tienen un enfoque cognitivo-conductual, y están destinados a que el fumador reconozca su adicción, sus características personales, modifique pautas de comportamiento, desarrollando estrategias y habilidades para lograr y mantenerse en abstinencia, lo que habitualmente significa cambiar rutinas y estilos de vida, es decir aprender a “vivir sin tabaco”⁴⁻⁷.

Si bien todos los artículos analizados efectúan programas grupales para el tratamiento del tabaquismo, numerosos estudios, de características similares entre ellos el estudio de Ramos y cols. (2011), quienes desarrollaron un programa en México, demuestran que no existieron diferencias significativas entre realizar las sesiones individuales o en grupo^{3,9-14}. Sin embargo, la razón principal es que son mucho más costo-efectivas, y se genera una mejor adherencia por parte de los participantes creando grupos de autoayuda entre ellos^{1-3,8}. Además, creemos que es importante el seguimiento a través del tiempo para mantener la abstinencia, sin embargo, éste difirió en los diferentes programas en cuanto a la periodicidad, pero siempre fue realizado por profesionales de enfermería⁷⁻⁹.

Por otro lado, todos los programas fueron dirigidos a sujetos mayores de 18 años⁷⁻¹⁰; sin embargo, el consumo de tabaco en adolescentes está aumentando, sobre todo en las niñas de 13 a 14 años, y lamentablemente, son quienes tienen mayores probabilidades de hacerse adictos, por lo que sería recomendable incluir en los programas a menores de 18 años fumadores bajo el consentimiento informado de los padres, por lo que, atacando el problema en etapas tempranas estaríamos generando un gran ahorro en los gastos sanitarios futuros que pudieran desarrollar estos fumadores⁵.

Para finalizar, creemos que en Chile actual-

mente falta mucho por desarrollar en todo lo que respecta al tratamiento del tabaquismo sobre todo en cuanto a intervenciones costo-efectivas para dejar de fumar, si bien se considera el desarrollo de estrategias como *elige no fumar*, programa dirigido a los adolescentes fumadores de séptimo y octavo básico; o programa de asistencia telefónica como *salud responde*, no existe un programa claramente definido en la atención pública a nivel nacional; siendo que unos de los objetivos sanitarios propuestos de período 2010-2020 es contar con un porcentaje anual de comunas con acceso a Programas de Cesación de Tabaco por Servicio de Salud^{5,14}.

Por lo tanto, podemos concluir que a nivel nacional actualmente la información sobre programas de cesación de tabaquismo es escasa. La metodología de trabajo es similar en los diferentes estudios encontrados, pero no existe un consenso a nivel nacional como una guía clínica, para el tratamiento del tabaquismo, por lo que es necesario desarrollarlas para poder implementar esos programas en diversas instituciones de salud de nuestro país. Es importante mencionar la elaboración y reciente publicación de una Guía Clínica para el Manejo del Tabaquismo en Chile patrocinada por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias¹⁵.

Bibliografía

- 1.- BELLO S, FLORES A, BELLO M, CHAMORRO H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo Rev Chil Enferm Respir 2009; 25: 218-30.
- 2.- BELLO S, CHAMORRO H, BARRIENTOS A. Tratamiento del tabaquismo en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Rev Chil Enferm Respir 2013; 29: 24-30.
- 3.- BELLO S. Tratamiento del tabaquismo. Rev Chil Cardiol 2011; 30: 230-9.
- 4.- MINISTERIO DE SALUD. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Año 2010. Pág 121-5.
- 5.- TORO R, YEPES L. Fundamentos de Medicina, Psiquiatría, Corporación para investigaciones biológicas, 3ª edición, Medellín, Colombia pág 83, 1998.
- 6.- BITRÁN P, ARPÓN P, ESCOBAR L. Consecuencias del aumento del impuesto al tabaco en Chile en el año 2010. Banco Interamericano de Desarrollo. Sector Social - División de Protección Social y salud. Resumen de políticas, marzo 2011. Págs 87-97.
- 7.- BASS C, TAPIA M, VALENZUELA MT, TAPIA M. Efectividad del policlínico antitabaco en Red del Servicio de Salud de Talcahuano (2002-2004). Rev Chil Salud Pública 2013; 17: 245-54.
- 8.- BELLO S, CHAMORRO H, ORELLANA M, CISTERNAS L, SALINAS M. Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del Tórax. Rev Chil Enferm Respir 2015; 31: 94-100.
- 9.- PEÑA P, ZAGOLÍN M, ACUÑA M, NAVARRETE S, BUSTAMANTE P, SUÁREZ C, et al. Resultado de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico. Rev Med Chile 2013; 141: 345-52.
- 10.- VÉJAR M, MEDINA G, PONCE R, MORALES M, CASTILLO C, POZO MJ, et al. Tratamiento de tabaquismo en funcionarios de la salud en 11 centros de atención primaria. Prev Tab 2013; 15: 21-5.
- 11.- MINISTERIO DE SALUD. Programa de Salud Cardiovascular. Unidad de Tabaco. La cesación del consumo de tabaco. Departamento de salud de las personas - División de rectoría y regulación sanitaria. Santiago, Chile 2003.
- 12.- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. Guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Buenos Aires, 2011.
- 13.- MARTÍNEZ GARCÍA L, MORCHÓN RAMOS S, MASUET AUMATELL C, RAMÓN TORRELLA JM. Breve intervención de cesación tabáquica en enfermos cardiovasculares hospitalizados. Rev Esp Cardiol 2009; 62: 447-50.
- 14.- MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE. Objetivos Sanitarios 2010-2020, Objetivo sanitario 3. pág 121.
- 15.- Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Chile 2017. Rev Chil Enferm Respir 2017; 33: 163-255.

Correspondencia a:
Klga. Carolina Águila Oyarzún
Dirección Municipal de Salud Puerto Montt.
Regimiento 1188, Puerto Montt.
Email: carolina.aguila@disampuertomontt.cl