

ARTÍCULOS ORIGINALES

ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR PROVISTAS POR INFECTÓLOGOS A PERSONAS CON VIH EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Tobacco Cessation Strategies among Infectious Disease Specialists who Treat People with HIV in Buenos Aires

Jonatan Konfino,¹ Raúl Mejía,² Adriana Basombrió³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La efectividad del tratamiento anti-retroviral altamente activo (TARAA) ha transformado la infección por VIH/Sida en una patología crónica, por lo cual resulta necesario limitar los factores de riesgo cardiovascular, en particular el tabaquismo. OBJETIVO: Describir las características de la ayuda para dejar de fumar que proveen los infectólogos a los pacientes con VIH atendidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. MÉTODOS: Se aplicó una encuesta validada autoadministrada a los infectólogos que atendían pacientes con VIH en hospitales universitarios, públicos y privados. RESULTADOS: Un total de 128 médicos respondió la encuesta (tasa del 75%). El 90% recomendaba a sus pacientes que dejaran de fumar, el 17% instaba a fijar una fecha de abandono, el 23% utilizaba la técnica del consejo breve, el 35% recurría a algún fármaco, el 8% usaba el consejo breve más fármacos, el 8% remitía a páginas web especializadas, el 5% sugería determinadas líneas telefónicas y el 100% recomendaba tratamientos cognitivo-conductuales. Sólo el 40% consideró que el infectólogo debía ocuparse del tratamiento del tabaquismo, y el 92% opinó que debía ser un especialista quien se encargara de la cesación. Las principales barreras para tratar la adicción fueron el inadecuado entrenamiento y el escaso tiempo disponible. CONCLUSIONES: Se verificó una inadecuada capacitación: si bien los profesionales instaban a dejar de fumar, utilizaban de manera insuficiente las técnicas recomendadas.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The efficacy of Highly Active Antiretroviral Therapy (TARAA) has transformed HIV/AIDS into a chronic disease. As a consequence, it is necessary to reduce cardiovascular risk factors, particularly smoking. OBJECTIVE: To describe the characteristics of smoking cessation advice provided by infectious disease specialists to patients with HIV in the Autonomous City of Buenos Aires. METHODS: A cross-sectional survey was performed on infectious disease specialists who treat HIV-infected patients in private, public and university hospitals. RESULTS: 128 physicians answered the survey (response rate: 75%). 90% of them recommended their patients to stop smoking, 17% encouraged patients to set a stop date, 23% gave brief advice, 35% prescribed some drugs, 8% gave brief advice and prescribed drugs at the same time, 8% suggested certain web sites, 5% advised to use quit-smoking phone lines and 100% recommended cognitive-behavioral treatments. Only 40% considered that tobacco addiction should be treated by infectious disease specialists, while 92% said that the patients should be referred to a specialist on smoking cessation. The main barriers to treat the addiction were inadequate training and insufficient time. CONCLUSIONS: There is an inadequate training: – although physicians encourage patients to stop smoking, they make insufficient use of recommended techniques.

PALABRAS CLAVE: VIH - Tabaquismo - Cesación de tabaco - Riesgo cardiovascular

KEY WORDS: HIV - Smoking - Tobacco cessation - Cardiovascular risk

¹ Ministerio de Salud de la Nación

² Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires

³ Ministerio de Salud de Tierra del Fuego

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Subsidio del International Development Research Centre de Ottawa, Canadá.

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de diciembre de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17 de agosto de 2012

CORRESPONDENCIA A: Jonatan Konfino
Correo electrónico: jkonfino@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La epidemia de tabaco mata a 5,4 millones de personas por año como consecuencia del cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, entre otras causas.¹ En Argentina, la prevalencia de tabaquismo en los adultos es del 27,1%² y está relacionada con aproximadamente 40 mil muertes anuales, lo que genera una tasa atribuible del 16%.³

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituyen la cuarta causa de muerte en el mundo.⁴ Se estima que en Argentina 110 mil personas viven con VIH,⁵ con una relación varón/mujer de 1,7, y sólo la mitad sabe que está enferma.⁶ Entre 2003 y 2008 se notificaron oficialmente 7.011 nuevos casos. El 62% correspondía a varones, el 79% recibía asistencia en hospitales públicos y la mediana de edad en el momento del diagnóstico era de

35 años, con un 53% de casos en estado asintomático y un 35% en estadio avanzado.⁶

La efectividad del tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) ha creado un nuevo paradigma en la enfermedad por VIH.⁷ Para la mayoría de los pacientes que reciben TARAA, su cuadro ha dejado de ser una patología fatal para transformarse en una enfermedad crónica tratable,⁷ por lo cual el control de factores de riesgo modificables (como el tabaquismo) es indispensable para evitar enfermedades cardiovasculares, que hoy constituyen la principal causa de muerte de esos pacientes.^{7,8}

Hay evidencia de que los pacientes con VIH que fuman tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas^{9,12} y crónicas.¹³⁻¹⁷ Además, existirían otros problemas: peor respuesta viral e inmunológica,¹⁸ más síntomas relacionados con el VIH,¹⁹ mayor consumo de alcohol y marihuana,¹⁹ mayor riesgo de progresar a Sida,²⁰ peor calidad de vida⁹⁻²¹ y mayor riesgo de muerte.⁹ Estos hallazgos sugieren que el consumo de tabaco representa una amenaza para las personas infectadas con VIH.

La prevalencia de tabaquismo en las personas infectadas con VIH es más del doble que en la población general.^{7,9,10,19,22-28} En Argentina, un estudio reveló una prevalencia del 80%,²⁸ mientras que en la población general es del 27,1%.²

A pesar de que las intervenciones médicas para ayudar a dejar de fumar son efectivas²⁹ y de que existe el deseo de los propios involucrados,^{7,23,30,31} los pacientes con VIH no reciben asistencia para la cesación con la misma frecuencia que la población general en países desarrollados.^{32,33} Aunque se desconoce cuál es la estrategia más efectiva para dejar de fumar, un reciente estudio en Sudáfrica reveló que las personas con VIH preferían grupos de ayuda, asesoramiento individualizado y terapia de reemplazo de nicotina.^{33,34} De acuerdo con otra investigación llevada a cabo en España, sólo el 14% de los pacientes seropositivos fumadores participaban en un programa de cesación de tabaco y sus probabilidades de éxito estaban directamente relacionadas con el propio interés,²⁴ lo que denota la importancia de abordar la motivación para dejar de fumar^{23,24,27} y las frecuentes dificultades que conlleva la incorporación a los programas establecidos.^{24,25} El deseo del paciente de involucrarse activamente en su tratamiento para el VIH también se asoció con mejores tasas de cesación.³⁴

En Argentina, no se han encontrado datos que exploren el tema de la cesación tabáquica en pacientes con VIH.

El presente estudio se propuso describir las características de la ayuda para la cesación tabáquica provista por los médicos infectólogos que tratan a pacientes con VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal entre mayo y septiembre de 2010. Se invitó a participar a los médicos infectólogos que trataban a personas adultas con VIH (pacientes internados y ambulatorios) en CABA. Se incluyó a los

especialistas de los 16 hospitales públicos, que concentran aproximadamente el 80% de la población de pacientes con VIH.⁶ Se tuvo en cuenta también a los infectólogos del Hospital de Clínicas, a fin de obtener una muestra de médicos del ámbito universitario, y finalmente a los profesionales de los tres centros privados especializados más concurridos (Helios, Medicus y FUNCEI). De esta manera, aunque se trató de una muestra por conveniencia, estuvieron representados los tres subsectores de salud y la mayoría de los infectólogos que atienden a pacientes con VIH en CABA.

En los centros de atención se distribuyó y luego se recogió una encuesta anónima, que no sólo recababa datos demográficos e información sobre las características de la ayuda para la cesación provista por los médicos, sino que además describía el estatus tabáquico y las actitudes relacionadas con el humo de segunda mano. Dicha encuesta se encuentra validada en Argentina y ha sido utilizada en investigaciones previas.³⁵

El análisis se efectuó con el programa STATA, versión 11.1 (Stata Corp; College Station, Texas, Estados Unidos). Se realizaron estadísticas descriptivas utilizando porcentajes para describir las variables categóricas y regresiones logísticas para identificar los factores asociados a determinadas prácticas de la cesación. Los resultados de los profesionales del hospital universitario se analizaron y consignaron junto con los resultados de los infectólogos de los hospitales públicos, habida cuenta de que eran centros de atención con similares características estructurales (solicitud de turnos, tiempo de espera, duración de la consulta, seguimiento). Se elaboraron modelos de regresión logística multivariable para evaluar si la provisión de consejo médico y la prescripción de farmacoterapia eran diferentes en las instituciones públicas y privadas (con ajuste por edad, sexo, años desde la graduación y cantidad de pacientes por semana). Se consideró un error alfa de 0,05.

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la realización de la encuesta.

RESULTADOS

Se invitó a participar a 169 infectólogos que trabajaban en CABA, y la muestra quedó constituida por 128 de ellos (75,7%) que respondieron la encuesta. La mayoría eran mujeres y desempeñaban sus tareas en un hospital público. La mediana de edad fue de 39 años, la mediana de años desde la graduación fue de 14, y la mediana de pacientes atendidos por semana fue 32. La mayoría consideraba que no había recibido suficiente capacitación para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. El 19,5% fumaba, pero la prevalencia de tabaquismo variaba según el lugar de trabajo: era mayor en los hospitales públicos que en el ámbito privado (24,7% versus 9,3%, $p=0,04$) (Tabla 1).

Un total de 113 profesionales (88,3%) registraban el consumo de tabaco en la historia clínica, 115 (89,8%) recomendaban a sus pacientes que dejaran de fumar, 22

TABLA 1. Datos demográficos y entrenamiento en tabaquismo.

Características de la población	n (%)	Mediana	Rango
Mujeres	79 (61,7)	NC	NC
Edad	NC	39	31-54
Años desde la graduación	NC	14	6-30
Pacientes por semana	NC	32,5	10-80
Trabajan en un hospital público	85 (66,4)	NC	NC
Fuman	25 (19,5)	NC	NC
Diariamente	15 (11,7)	NC	NC
Ocasionalmente	10 (7,8)	NC	NC
Consideran insuficiente su entrenamiento en cesación de tabaco	114 (89,1)	NC	NC

*NC: No corresponde según la escala de la variable reportada

Fuente: Elaboración propia.

(17,2%) fijaban un día preciso para la cesación, 30 (23,4%) utilizaban la técnica del consejo breve, 45 (35,2%) recurrían a la prescripción de algún fármaco, 11 (8,6%) aplicaban el consejo breve más fármacos, 10 (7,8%) sugerían consultar determinadas páginas web, 6 (4,7%) proponían el uso de líneas telefónicas y los 128 (100%) recomendaban tratamientos cognitivo-conductuales. No se observaron diferencias significativas en función del ámbito de atención (Tabla 2).

El 99,2% de los profesionales consideraron al infectólogo como el médico de cabecera de las personas con VIH, y el 77,4% señaló que el tratamiento de la adicción al tabaco debería ser una prioridad en la atención integral de estos pacientes. Los profesionales de los hospitales públicos y del hospital universitario priorizaron el tratamiento del tabaquismo con menor frecuencia que los que se desempeñaban en el ámbito privado (64,7% versus 90,7%, $p < 0,001$). Sólo 51 (39,8%) consideraban que el infectólogo debía encargarse del tratamiento del tabaquismo, aunque 89 (69,5%) suponían que sus pacientes estarían interesados en dejar de fumar.

Las principales barreras identificadas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar fueron la falta de tiempo y la inadecuada capacitación en cesación (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La mayoría de los infectólogos que tratan a pacientes con VIH en CABA registran el consumo de tabaco en la historia clínica y les aconsejan dejar de fumar. Sin embargo, las estrategias efectivas de ayuda en la cesación²⁹ (farmacoterapia con bupropión, reemplazo nicotínico, líneas telefónicas de asistencia, sitios web, manuales de autoayuda, etc.) son implementadas con una frecuencia inferior a la recomendada.

La totalidad de los profesionales instan a sus pacientes a realizar tratamientos cognitivo-conductuales, lo que indica la mayor presencia de esta estrategia y, a la vez, sugiere la necesidad de mejorar los programas de control de tabaco en los centros de atención para facilitar el acceso a otras variantes efectivas. Las principales barreras para ayudar a los pacientes en este área son la falta de tiempo y el inadecuado entrenamiento en cesación.

TABLA 2. Recursos utilizados para la cesación de tabaco.

Recursos	Todos los hospitales n (%)	Hospitales públicos/universitario n (%)	Hospitales privados n (%)	p
Registro en la historia clínica	113 (88,3)	78 (91,7)	35 (81,4)	0,085
Aconsejan dejar de fumar	115 (89,8)	74 (87,1)	41 (95,3)	0,197
Acuerdan fecha de abandono	22 (17,2)	14 (16,5)	8 (18,6)	0,762
Consejo breve	30 (23,4)	17 (20,0)	13 (30,2)	0,197
Consejo breve y fármacos	11 (8,6)	7 (8,2)	4 (9,3)	0,839
Fármacos	45 (35,2)	29 (34,1)	16 (37,2)	0,729
Páginas web	10 (7,8)	8 (9,4)	2 (4,6)	0,343
Líneas telefónicas	6 (4,7)	2 (2,3)	4 (9,3)	0,079
Tratamiento cognitivo-conductual	128 (100)	85 (100)	43 (100)	e
Totales				

e: error

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Barreras a la ayuda para dejar de fumar.

Barreras	Todos los hospitales n (%)	Hospitales públicos/universitario n (%)	Hospitales privados n (%)	p
Escaso tiempo	108 (84,4)	74 (87,1)	34 (79,1)	0,240
Inadecuada capacitación en cesación	94 (73,4)	63 (64,1)	31 (72,1)	0,806
Elevado costo del tratamiento	93 (72,7)	65 (76,5)	28 (65,1)	0,173
Consideran inefectivo el consejo médico	19 (14,8)	15 (17,6)	4 (9,3)	0,210
Totales	128 (100)	85 (100)	43 (100)	

Fuente: Elaboración propia.

Aunque no se observaron diferencias significativas en las estrategias recomendadas según el lugar de trabajo, los médicos pertenecientes al ámbito público/universitario mostraron una divergencia respecto a los del sector privado y consiguieron con mayor frecuencia que la cesación no era una prioridad en sus pacientes. Estos hallazgos sugieren que es necesario destacar la importancia de tratar el tabaquismo, particularmente entre los trabajadores de las instituciones públicas, que son responsables de atender aproximadamente al 80% de las personas con VIH.

Los infectólogos ocupan una posición privilegiada para mejorar la salud de los pacientes con VIH a través de la ayuda para dejar de fumar, pero esa posibilidad no se aprovecha adecuadamente en CABA, tal como ocurre en otros lugares.⁷ En Argentina, los profesionales en cuestión se desempeñan como médicos de atención primaria de las personas con VIH y deben involucrarse en la cesación de tabaco y otras prácticas de prevención primaria y secundaria, ya que sus pacientes podrían recibir este tipo de recomendaciones con menor frecuencia.

Cabe señalar algunas limitaciones del estudio. Si bien se intentó representar a los tres subsectores y se encuestó a la mayoría de los infectólogos que atienden a adultos con VIH/Sida en CABA, la muestra no es representativa ya que no todos los infectólogos de la CABA tuvieron la misma probabilidad de ser encuestados sino que se seleccionó la muestra de manera conveniente. Por otro lado, las respuestas fueron proporcionadas por los profesionales, quienes pudieron haber introducido un sesgo de corteza, exagerando la utilización de distintas estrategias para dejar de fumar. No se pudieron obtener datos de quienes no respondieron la encuesta, pero es posible que haya existido un sesgo de selección si estas personas tenían características diferentes a los que sí contestaron.

Estos hallazgos sugieren que es necesario mejorar la capacidad de los infectólogos para tratar el tabaquismo en la población con VIH. Dada la complejidad de la atención de estos pacientes, sería interesante adoptar estrategias efectivas que insuman poco tiempo. Un ejemplo podría ser el consejo breve basado en el Modelo ABC de las *New Zealand Smoking Cessation Guidelines*, destinadas a los

profesionales de la salud y compuestas por tres etapas resumidas en el acrónimo ABC: A (*Ask*; preguntar), B (*Brief advice to stop smoking*; consejo breve para dejar de fumar), C (*Cessation support*; ayuda en la cesación).

En conclusión, es necesario que el infectólogo que atiende a pacientes con VIH se involucre en el tratamiento de la adicción al tabaco, mejorando su capacitación en el tema y adoptando estrategias efectivas. El reconocimiento de la deletérea combinación de consumo de tabaco y VIH/Sida ayudará a los expertos a promover el establecimiento de redes de trabajo y desarrollar estrategias comunes que generen una asistencia médica integral.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El presente estudio sugiere la necesidad de fortalecer la atención primaria para que esta población vulnerable pueda acceder a estrategias de cesación tabáquica con mayor facilidad.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los resultados de este estudio explicitan la inadecuada capacitación en cesación tabáquica de los infectólogos que tratan personas con VIH, por lo que fortalecer estas habilidades sería crítico, al menos hasta adecuar la oferta de atención primaria de la salud a la población VIH positiva.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La presente investigación aborda las prácticas relacionadas con la cesación de tabaco por parte del profesional, pero sería importante complementar esta información con la experiencia de los pacientes y lo que ellos reciben finalmente en el momento de la consulta.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Alicia Fernández, por su colaboración en la revisión final del manuscrito.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 - Plan de medidas MPOWER. Organización Mundial de la Salud. [Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/es/index.html>]. [Último acceso: 14 de agosto de 2012].
- ² Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Buenos Aires 2011. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales/segunda_encuesta_nacional_de_factores_de_riesgo_2011.pdf]. [Último acceso: 16 de agosto de 2012].
- ³ Rossi S, Leguiza J, Irurzun A. Carga global de enfermedad por tabaquismo en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación; 2002.
- ⁴ López AD, Mathers CD. Measuring the Global Burden of Disease and Epidemiological Transitions: 2002-2030. *Ann Trop Med Parasitol*. 2006;100(5-6):481-99.
- ⁵ Global Report. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida, 2010. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida. [Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm]. [Último acceso: 14 de agosto de 2012].
- ⁶ Situación epidemiológica del VIH-Sida en la Ciudad de Buenos Aires. Coordinación Sida. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2009.
- ⁷ Tesoriero JM, Gieryc SM, Carrascal A, Lavigne HE. Smoking among HIV Positive New Yorkers: Prevalence, Frequency, and Opportunities for Cessation. *AIDS Behav*. 2008;14:824-35.
- ⁸ Cohen MH, French AL, Benning L, Kovacs A, Anastos K, Young M, et al. Causes of Death among Women with Human Immunodeficiency Virus Infection in the Era of Combination Antiretroviral Therapy. *Am J Med*. 2002;2:91-8.
- ⁹ Crothers K, Griffith TA, McGinnis KA, Rodríguez-Barradas MC, Leaf DA, Weissman S, et al. The Impact of Cigarette Smoking on Mortality, Quality of Life, and Comorbid Illness among HIV-Positive Veterans. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;12:1142-5.
- ¹⁰ Murdoch DM, Napravnik S, Eron JJ Jr, et al. Smoking and Predictors of Pneumonia among HIV-Infected Patients Receiving Care in the HAART Era. *Open Respir Med J*. 2008;2:22-8.
- ¹¹ Kumar SR, Swaminathan S, Flanigan T, Mayer KH, Niaura R. HIV & Smoking in India. *Indian J Med Res*. 2009;1:15-22.
- ¹² Míguez-Burbano MJ, Ashkin D, Rodríguez A, Duncan R, Pitchenik A, Quintero N, et al. Increased Risk of Pneumocystis Carinii and Community-Acquired Pneumonia with Tobacco Use in HIV Disease. *Int J Infect Dis*. 2005;4:208-17.
- ¹³ Barbaro G. HIV Infection, Highly Active Antiretroviral Therapy and the Cardiovascular System. *Cardiovasc Res*. 2003;1:87-95.
- ¹⁴ Grinspoon SK. Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *Am J Med*. 2005;Suppl. 2:23S-8S.
- ¹⁵ Barbaro G, Di Lorenzo G, Cirelli A, Grisorio B, Lucchini A, Hazra C, et al. An Open-Label, Prospective, Observational Study of the Incidence of Coronary Artery Disease in Patients with HIV Infection Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Ther*. 2005;9:2405-18.
- ¹⁶ Vittecoq D, Escaut L, Chironi G, Teicher E, Monsuez JJ, Andrejak M, et al. Coronary Heart Disease in HIV-Infected Patients in the Highly Active Antiretroviral Treatment Era. *AIDS*; 2003.
- ¹⁷ Kirk GD, Merlo C, O' Driscoll P, Mehta SH, Galai N, Vlahov D, et al. HIV Infection is Associated with an Increased Risk for Lung Cancer, Independent of Smoking. *Clin Infect Dis*. 2007;1:103-10.
- ¹⁸ Feldman DN, Feldman JG, Greenblatt R, Anastos K, Pearce L, Cohen M, et al. CYP1A1 Genotype Modifies the Impact of Smoking on Effectiveness of HAART among Women. *AIDS Educ Prev*. 2009;Suppl. 3:81-93.
- ¹⁹ Webb MS, Vanable PA, Carey MP, Blair DC. Cigarette Smoking among HIV+ Men and Women: Examining Health, Substance Use, and Psychosocial Correlates across the Smoking Spectrum. *J Behav Med*. 2007;5:371-83.
- ²⁰ Zhao L, Li F, Zhang Y, Elbourkadi N, Wang Z, Yu C, et al. Mechanisms and Genes Involved in Enhancement of HIV Infectivity by Tobacco Smoke. *Toxicology*. 2010;278:242-8.
- ²¹ Patel N, Talwar A, Reichert VC, Brady T, Jain M, Kaplan MH. Tobacco and HIV. *Clin Occup Environ Med*. 2006;1:193-207.
- ²² Lewden C, Salmon D, Morlat P, et al. Causes of Death among Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Infected Adults in the Era of Potent Antiretroviral Therapy: Emerging Role of Hepatitis and Cancers, Persistent Role of AIDS. *Int J Epidemiol*. 2005;34:121-30.
- ²³ Burkhalter J, Springer C, Chhabra R. Tobacco Use and Readiness to Quit Smoking in Low Income HIV Infected Persons. *Nicotine & Tobacco Research*. 2005;7:511-22.
- ²⁴ Fuster M, Estrada V, Fernández-Pinilla M, Fuentes-Ferrer M, Téllez M, Vergas J, et al. Smoking Cessation in HIV Patients: Rate of Success and Associated Factors. *HIV Med*. 2009 Nov;10:614-9.
- ²⁵ Duval X, Baron G, Garelik D, et al. Living with HIV, Antiretroviral Treatment Experience and Tobacco Smoking: Results from a Multisite Cross-Sectional Study. *Antivir Ther*. 2008;3:389-97.
- ²⁶ Reynolds N. Cigarette Smoking and HIV: More Evidence for Action. *AIDS Educ Prev*. 2009;Suppl. 3:106-21.
- ²⁷ Benard A, Bonnet F, Tessier JF, Fossoux H, Dupon M, Mercie P, et al. Groupe d'Epidemiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA). Tobacco Addiction and HIV Infection: Toward the Implementation of Cessation Programs. ANRS CO3 Aquitaine Cohort. *AIDS Patient Care STDS*. 2007;7:458-68.
- ²⁸ Biscione F, Cecchini D, Ambrosioni J, Bianchi M, Corti M, Benetucci J. Noncardiovascular in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;7:419-23.
- ²⁹ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB. Clinical Practice Guidelines. 2008 Update. Treating Tobacco Use and Dependence. In: Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
- ³⁰ Humfleet GL, Delucchi K, Kelley K, Hall SM, Dille J, Harrison G. Characteristics of HIV-Positive Cigarette Smokers: A Sample of Smokers Facing Multiple Challenges. *AIDS Educ Prev*. 2009;Suppl. 3:54-64.
- ³¹ Mamary EM, Bahrs D, Martínez S. Cigarette Smoking and the Desire to Quit among Individuals Living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2002;1:39-42.
- ³² Crothers K, Goulet J, Rodríguez-Barradas MC, Gibert CL, Butt A, Braithwaite RS, et al. Decreased Awareness of Current Smoking among Health Care Providers of HIV-Positive Compared to HIV-Negative Veterans. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;6:749-54.
- ³³ Shapiro AE, Tshabangu N, Golub JE, Martinson NA. Intention to Quit Smoking among Human Immunodeficiency Virus Infected Adults in Johannesburg, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;15(1):140-142.
- ³⁴ Collins R, Kanouse DE, Gifford D, Seterfitt A, Senterfitt J, Schuster M, et al. Changes in Health-Promoting Behavior Following Diagnosis with HIV: Prevalence and Correlates in a National Probability Sample. *Health Psychology*. 2001;5:351-60.
- ³⁵ Lloyd-Richardson E, Stanton C, Papandonatos G, Shadel W, Stein M, Tashima K, et al. Motivation and Patch Treatment for HIV+ Smokers: A Randomized Controlled Trial. *Addiction*. 2009.
- ³⁶ León FR, Lundgren R, Huapaya A, Sinai I, Jennings V. Challenging the Courtesy Bias Interpretation of Favorable Clients' Perceptions of Family Planning Delivery. *Eval Rev*. 2007;31:24-42.
- ³⁷ McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. *NZMJ*. 2008;121:57-70.