

El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública

M. Torrecilla García^a, M. Barrueco^b, J.A. Maderuelo^c, C. Jiménez Ruiz^d, M.D. Plaza Martín^a y M.A. Hernández Mezquita^a

Objetivo. Valorar si atención primaria ofrece un marco adecuado para el abordaje del tabaquismo de forma global, tanto con la intervención mínima sistematizada en tabaquismo como con tratamiento farmacológico mediante terapia sustitutiva con nicotina (TSN), comparando los resultados obtenidos con los de una unidad especializada de neumología.

Diseño. Estudio prospectivo cuasi experimental.

Emplazamiento. Atención primaria y especializada.

Participantes. Un total de 357 fumadores que acudieron a una consulta de atención primaria (n = 166) o especializada (n = 191) durante un período de 6 meses.

Intervenciones. Se realizaron dos tipos de intervención en función de la dependencia nicotínica de los pacientes: intervención mínima sistematizada en los que presentaban baja dependencia o que aún se encontraban en fases de precontemplación y contemplación, y TSN en los fumadores con alta dependencia y en fase de preparación.

Mediciones y resultados principales. La abstinencia observada a los 12 meses del inicio del estudio fue, en el grupo de la intervención mínima sistematizada, del 36,5% en atención primaria y del 41,8% en especializada (p > 0,05), y en el grupo de la TSN, del 37,1 y el 35,5%, respectivamente (p > 0,05). El porcentaje de pérdidas de seguimiento fue del 8,6% en especializada y del 6,3% en primaria.

Conclusiones. Los resultados observados en el presente estudio nos permiten aconsejar el tratamiento del tabaquismo de forma global en el marco de la atención primaria, bien sea mediante la denominada intervención mínima sistematizada o la TSN.

Palabras clave: Tabaco. Atención primaria. Atención especializada. Cesación tabáquica.

SMOKING CESSATION IN PRIMARY AND SPECIALIZED CARE: A REAL OPPORTUNITY AND A PUBLIC HEALTH NECESSITY

Aim. To determine whether primary care provides a suitable framework for integrated treatment aimed at smoking cessation with systematic minimal intervention or pharmacological treatment with nicotine replacement therapy (NRT). To compare the results with those obtained in a specialized pneumology unit.

Design. Prospective, quasi-experimental study.

Setting. Primary and specialized care services.

Participants. 357 smokers who were followed at a health center (166) or a specialized clinic (191) during a 6-month period.

Interventions. Two types of intervention were used depending on the patients' degree of nicotine dependence: systematic minimal intervention for those with low dependence or who were still in the contemplation or precontemplation phase, and NRT for those with high dependence, in the preparation phase.

Main outcome measures. Twelve months after the start of the study, abstinence among participants who received systematic minimal intervention was 36.5% in primary care patients and 41.8% in specialized care patients (P>.05). Among participants who received NRT abstinence was 37.1% in the former group and 35.5% in the latter (P>.05). The percentage of patients lost to follow-up was 8.6% in specialized care and 6.3% in primary care.

Conclusions. The results lead us to recommend smoking cessation treatment integrated in the primary care setting, either with systematic minimal intervention or NRT.

Key words: Tobacco. Primary care. Specialized care. Smoking cessation.

English version available at
www.atencionprimaria.com/48.969

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág.205)

^aCentro de Salud San Juan. Salamanca.

^bServicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca.

^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca.

^dUnidad de Tabaquismo. Hospital de la Princesa. Madrid. España.

Correspondencia:
Miguel Torrecilla García.
Centro de Salud San Juan.
C/ Valencia, 32. 37005 Salamanca.
España.
Correo electrónico:
mtorrecillag@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 4-II-2002.

Introducción

Gran parte de los pacientes que acuden a cualquier consulta médica, independientemente del nivel asistencial donde la consulta tenga lugar, presentan la condición de fumador. Según la Encuesta Nacional de Salud del año 1997¹, el 35,7% de los españoles mayores de 16 años fuma. Además, el tabaco es la causa en España de unas 56.000 muertes anuales². Esto supone que, con mucha probabilidad, el motivo de consulta estará relacionado con el consumo de tabaco en un alto número de casos.

La utilización de las consultas de atención primaria por la población es cada día mayor, posiblemente por la accesibilidad de las mismas (se estima que el 75% de los españoles acude a su médico al menos una vez al año), siendo la frecuentación media de 5,5 visitas anuales, lo que proporciona al profesional y al propio sistema sanitario múltiples oportunidades de abordar el problema del tabaquismo, ayudando a quienes estén interesados en abandonar su consumo³. Otra parte importante de la población acude también al segundo nivel asistencial, a la atención especializada, por lo que el porcentaje de españoles que demandan asistencia sanitaria, y pueden paralelamente ser objeto de intervenciones para dejar de fumar, es muy elevado.

Es sobradamente conocido que el tratamiento del tabaquismo presenta una relación coste/beneficio favorable, en especial cuando se compara con otros procedimientos preventivos habitualmente seguidos en atención primaria, siendo los programas de cesación tabáquica posiblemente el procedimiento más eficiente para mejorar la salud de la población⁴. Sin embargo, la intervención sistemática en el campo del tabaquismo aún no se ha producido en el sistema sanitario español, y posiblemente nos encontramos aún lejos de dicha intervención.

A pesar de la desesperante lentitud con que la prevención del tabaquismo es asumida en la práctica clínica, la situación está cambiando. Para ser conscientes de este cambio puede resultar ilustrativo releer los tratados de medicina destinados a la formación de los médicos en los años setenta. En ellos se podía aún leer consejos para dejar el tabaco como los siguientes: «La deshabituación es muy difícil si no hay colaboración y falta la voluntad del fumador inveterado. [...] La decisión de abandonar definitivamente el tabaco es importantísima para superar los tres primeros días de no fumar, ayudando a conseguirlo: la toma diaria de 3 tabletas de belladonal o bellerгал, los paseos antes de acostarse, la toma de caramelos, la gimnasia y duchas matutinas»⁵. Afortunadamente, hoy día la concepción del tabaquismo ha cambiado, considerándose uno de los principales problemas de salud pública y la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados⁶; sin embargo, ya

hemos señalado que estamos aún lejos de conseguir que su abordaje terapéutico forme parte de las actividades diarias en las consultas de medicina y enfermería. En el mejor de los casos se realiza una anamnesis del hábito tabáquico (generalmente incompleta, ya que no suele figurar la fase en la que se encuentra el paciente dentro de su proceso particular de abandono del tabaco, ni el grado de dependencia nicotínica que presenta), y se ofrece un consejo sanitario que no siempre se acompaña de la entrega de material de apoyo por escrito ni de un seguimiento del paciente, que es lo que engloba la expresión «intervención mínima sistematizada» en tabaquismo. El abordaje farmacológico queda relegado, en la mayoría de los casos, a unidades especializadas de tratamiento del tabaquismo, que debido a su escaso número ofrecen una baja cobertura poblacional, con pocas posibilidades de modificar sustancialmente el problema de salud pública que representa el consumo de tabaco.

No hay duda de que la intervención mínima es una actividad que deben realizar los médicos de atención primaria, pero ¿y el tratamiento farmacológico? ¿Debe quedar relegado este último a unidades especializadas, o también se puede ofrecer en las consultas de atención primaria con posibilidades de éxito?

El objetivo del estudio es comprobar la eficacia del tratamiento del tabaquismo, tanto desde el punto de vista de la intervención mínima sistematizada como del tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN), en el marco de atención primaria (AP) y especializada (AE).

Pacientes y métodos

El presente es un estudio cuasi experimental, longitudinal y prospectivo⁷, que se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio⁸, algunos de cuyos resultados relativos al valor predictivo de la abstinencia conseguida a los dos meses ya han sido publicados⁹.

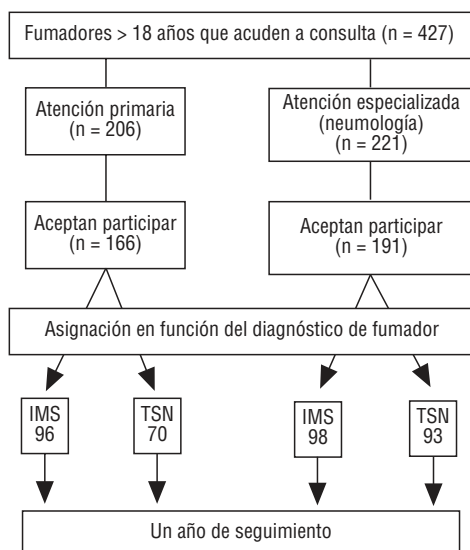
Sujetos de estudio

La población objeto de estudio quedó constituida por todos los fumadores mayores de 18 años que acudieron por cualquier motivo a una consulta de medicina de familia del centro de salud San Juan y a una consulta externa de neumología del Hospital Universitario de Salamanca, durante un período de 6 meses. Fueron criterios de exclusión, en el grupo en TSN, los inherentes a dicho tratamiento farmacológico: presencia de infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas graves, angina inestable, embarazo, lactancia, úlcera gastroduodenal activa o enfermedades mentales graves, y en ambos grupos, la adicción a otros tipos de drogas.

Intervención

Se recogió información sobre los datos personales de cada fumador (nombre, edad, sexo, teléfono de contacto), antecedentes patológicos y datos relacionados con el consumo de tabaco: número de cigarrillos/día, consumo de nicotina/día, índice paquetes-año, fase de abandono en la que se encontraba, grado de dependencia (medido por el test de Fagerström) y concentraciones

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio prospectivo cuasi experimental de un año de seguimiento de sujetos fumadores sometidos a intervención.

de monóxido de carbono en aire espirado (determinadas mediante el cooxímetro Bedfont® micro smokerlyzer), además del propio diagnóstico clínico.

Tras clasificar a los pacientes en función de la fase del proceso de abandono del tabaco en que se encontraban, a todos se les ofreció consejo médico (oral y escrito) adecuado a la misma: a los que se hallaban en fase de precontemplación se les entregó una hoja informativa sobre tabaco, y a los que estaban en las fases de contemplación, preparación y de acción, además de la hoja citada, se les facilitó el decálogo para dejar de fumar, así como la guía práctica para dejar de fumar. El consejo en cada consulta siempre fue proporcionado por la misma persona, y en un tiempo aproximado de 3 min se hacía ver al fumador los perjuicios del consumo de tabaco, así como las ventajas que tanto a corto como a largo plazo tenía el abandono del mismo. La información ofrecida en ambas consultas fue la misma y se ajustaba a las recomendaciones del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹⁰, habiéndose entrenado previamente los médicos de ambas consultas para aplicar exactamente los mismos procedimientos.

A los pacientes con dependencia nicotínica alta (puntuación en el test de Fagerström superior o igual a 7) y a los fumadores con dependencia moderada (puntuación en el test de Fagerström entre 5 y 6 puntos) que, además, presentaban un consumo superior a 10 cigarrillos/día o referían intentos previos de deshabituación tabáquica fallidos por presentar síndrome de abstinencia nicotínica, se les ofreció, además del consejo médico, soporte farmacológico

lógico mediante tratamiento sustitutivo con parches de nicotina según las recomendaciones de la SEPAR¹⁰.

A partir de las intervenciones realizadas quedaron formados dos grupos:

– *Grupo 1*, integrado por fumadores de ≤ 20 cigarrillos/día, los que presentaban una dependencia nicotínica baja (test de Fagerström < 5), aquellos con una dependencia nicotínica moderada (Fagerström entre 5 y 6 puntos) y bajo consumo de cigarrillos, y los fumadores con una dependencia nicotínica moderada o alta pero que rechazaron tratamiento sustitutivo con parches de nicotina (19 pacientes). A todo ellos se les entregó material escrito y se les ofreció consejo médico, apoyo psicológico y seguimiento de su proceso de abandono del tabaco. En este grupo quedó englobado un total de 194 fumadores, de los que 75 estaban en fase de precontemplación, 65 en fase de contemplación y 54 en fase de preparación.

– *Grupo 2*, formado por los fumadores que se encontraban en fase de preparación y que, bien por ser fumadores de más de 20 cigarrillos/día o por presentar una dependencia nicotínica alta, fueron subsidiarios del TSN. Este grupo quedó constituido por 163 fumadores, de los que 16 presentaron una dependencia nicotínica baja, 49 una dependencia moderada y 98 una dependencia alta.

Seguimiento

Tanto en el grupo de la intervención mínima sistematizada como en el de TSN se realizaron controles durante el período de seguimiento a los 15 días, al mes, a los dos, 6 y 12 meses, valorándose la abstinencia tabáquica como variable a medir en el estudio a los dos, 6 y 12 meses. Cuando el sujeto no acudió al control establecido, se le llamó por teléfono para conocer el motivo de la falta de asistencia y proponerle otro día para realizar el seguimiento. En cada control se determinó de forma puntual el abandono del tabaco, considerando la abstinencia por testimonio personal directo, confirmada con la determinación de CO < 10 ppm (valor de referencia reconocido como de corte entre fumadores y no fumadores, y utilizado también para distinguir entre no fumadores y fumadores de bajo nivel de consumo¹¹). En caso de no abandono, se registró el número de cigarrillos/día consumidos, la dependencia nicotínica, las concentraciones de CO en aire espirado, la fase en el proceso de abandono de tabaco y si hubo o no cambio respecto a la fase inicial, previa a la intervención, reforzándose la información ofrecida al paciente para tratar de conseguir la abstinencia en ambos grupos de pacientes.

Medición del resultado

Las principales variables finales analizadas fueron: *a*) índice de éxito, medido de acuerdo con la intención de tratamiento, es decir, considerando éxito al número de pacientes que tras la intervención abandonaron su hábito tabáquico (a los dos, 6 y 12 meses), siendo la principal variable final la abstinencia a los 6-12 meses, y como fracaso a los que no lo lograron junto con los que no acudieron a los controles programados, y *b*) número de pacientes que sin haber logrado la abstinencia tabáquica lograron reducir de manera importante su consumo a lo largo del año de seguimiento o progresaron en el proceso de abandono.

Análisis estadístico

La comparación de proporciones se realizó mediante la prueba de la χ^2 , utilizándose el test exacto de Fisher cuando se vulneraba los criterios de aplicación. Para la comparación de dos medias se empleó la prueba de la *t* de Student-Fisher.

Con el fin de estudiar la evolución del número de cigarrillos/día consumidos a lo largo del período de seguimiento y las variables relacionadas con ella, se ha realizado un análisis multifactorial de la variancia de medidas repetidas. En nuestro estudio hemos partido de un primer modelo en el que la variable dependiente ha sido el número de cigarrillos/día consumidos por los participantes, el factor intrasujetos, los controles efectuados durante el período de observación y un factor intersujetos relativo al nivel asistencial en el que eran atendidos los participantes. Una vez puestas de manifiesto las posibles diferencias entre los niveles de los distintos factores, se ha realizado un análisis de comparaciones múltiples utilizando la prueba de Bonferroni.

Resultados

El número de pacientes fumadores que acudieron a las consultas durante el período indicado fue de 427 (221 en AE y 206 en AP), de los que 357 (83,6%) aceptaron participar en el estudio (191 en AE y 166 en AP). Un total de 194 sujetos recibió la intervención mínima sistematizada como oferta terapéutica y 163, TSN.

No acudieron a los controles establecidos 32 pacientes (9%) (19 [8,6%] en AE y 13 [6,3%] en AP), considerándose fracasos terapéuticos; 17 pertenecían al grupo de la intervención mínima sistematizada (12 casos [10,5%] en AE y 5 [4,9%] en AP), y 15 al del TSN (7 casos [6,5%] en AE y 8 [7,6%] en AP); 17 eran varones y 15, mujeres, siendo 10 sujetos menores de 30 años. Veintitrés de los 32 individuos que no acudieron a los controles presentaban una dependencia nicotínica moderada-alta.

Del total de la muestra, 200 (56%) eran varones y 157 (44%), mujeres, y su distribución según el nivel asistencial presentó diferencias significativas, predominando los varones en AE (66 frente al 44,7%; $p < 0,0001$).

La media de edad fue de 39,9 años, con un intervalo de confianza del 95% de 38,7-41,2, siendo las medias de 45,1 $\pm$ 12,9 años y 34,2 $\pm$ 12 años en AE y AP, respectivamente. En los varones la edad media fue de 44,5 $\pm$ 13,8 años y en las mujeres, de 34,3 $\pm$ 10,9 años ($p < 0,0001$).

En la consulta especializada de neumología el porcentaje de patología encontrada fue significativamente superior al hallado en AP: un 63,4 frente al 34,9% ($p < 0,0001$). Destacaban el asma (24,6%), la bronquitis crónica (23,5%) y el enfisema (9,5%), englobando entre las tres entidades citadas más del 57% de todas las enfermedades presentes. En la consulta de neumología estas tres entidades alcanzaron el 76%, mientras que en la consulta de AP supusieron únicamente el 20,7%, correspondiendo, respectivamente, al 48,2 y al 7,2% de todos los sujetos que acudieron a las citadas consultas. De los sujetos que presentaban patología, el 67% eran varones y el 31,8%, mujeres ($p < 0,0001$).

El consumo medio de cigarrillos/día al inicio de la intervención fue, en AE, de 20,8 $\pm$ 10,2, mientras que en AP fue de 25,1 $\pm$ 12,9 ($p < 0,05$). Sin embargo, el índice pa-

quetes-año fue significativamente mayor en AE que en AP (29,2 $\pm$ 20,9 frente a 22,5 $\pm$ 20,9; $p < 0,01$).

Respecto al grado de dependencia nicotínica al inicio del estudio, se observó que fue mayor en AP (6,3 puntos en el test de Fagerström frente a 5,8; $p < 0,01$).

La concentración media de CO en aire espirado fue de 25,5 ppm en AP y de 23,6 ppm en AE ($p > 0,05$).

Los porcentajes de abandono del hábito tabáquico, en el grupo en que se realizó la intervención mínima sistematizada, fueron a los 12 meses de seguimiento del 41,8% en la consulta de neumología y del 36,5% en AP. Ni esta diferencia ni las encontradas en los controles intermedios presentaban significación estadística ($p > 0,05$) (tabla 1). Mediante el TSN, al año del inicio de la intervención el porcentaje de fumadores que habían logrado abandonar el tabaco en la consulta especializada fue del 35,5%, y en la consulta de AP, del 37,1% ($p > 0,05$) (tabla 2). Mientras que la abstinencia observada tras la intervención mínima sistematizada se mantuvo sin grandes cambios en los sucesivos con-

TABLA 1
Abandono del hábito tabáquico en el grupo de la intervención mínima sistematizada

	A los 2 meses*	A los 6 meses*	A los 12 meses*
Consulta de neumología	98 (100%)	98 (100%)	98 (100%)
Abandono del hábito tabáquico	34 (34,7%)	38 (38,8%)	41 (41,8%)
Intervalo de confianza del 95%	25,4-45,0%	29,1-49,2%	31,9-52,2%
Consulta de atención primaria	96 (100%)	96 (100%)	96 (100%)
Abandono del hábito tabáquico	32 (33,2%)	29 (30,2%)	35 (36,5%)
Intervalo de confianza del 95%	24,0-43,7%	21,3-40,4%	26,9-46,9%
Muestra global	194 (100%)	194 (100%)	194 (100%)
Abandono del hábito tabáquico	66 (34,0%)	67 (34,5%)	76 (39,2%)
Intervalo de confianza del 95%	27,4-41,2%	27,9-41,7%	32,3-46,4%

*Diferencias estadísticamente no significativas ($p > 0,05$).

TABLA 2
Abandono del hábito tabáquico y su relación con el nivel asistencial en el grupo de la intervención con terapia sustitutiva mediante parches de nicotina

	A los 2 meses*	A los 6 meses*	A los 12 meses*
Consulta de neumología ^a	93 (100%)	93 (100%)	93 (100%)
Abandono del hábito tabáquico	47 (50,5%)	36 (38,7%)	33 (35,5%)
Intervalo de confianza del 95%	40,0-61,1%	28,8-49,4%	25,8-46,1%
Consulta de atención primaria ^a	70 (100%)	70 (100%)	70 (100%)
Abandono del hábito tabáquico	38 (54,2%)	28 (40,0%)	26 (37,1%)
Intervalo de confianza del 95%	41,9-66,3%	28,5-52,4%	25,9-49,5%
Muestra global ^b	163 (100%)	163 (100%)	163 (100%)
Abandono del hábito tabáquico	85 (52,1%)	64 (39,3%)	59 (36,2%)
Intervalo de confianza del 95%	44,2-60,0%	31,7-47,2%	28,8-44,1%

^aDiferencias estadísticamente no significativas ($p > 0,05$).

^bDiferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

troles ($p > 0,05$), la obtenida mediante el TSN disminuyó progresivamente con el transcurso del tiempo, aunque no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas.

La abstinencia mantenida, es decir, los que abandonaron el tabaco desde el inicio de la intervención y se mantuvieron abstinentes hasta el control anual, fue en el grupo de la intervención mínima sistematizada del 29,6% en la consulta de neumología y del 27,1% en la de AP. Los porcentajes respectivos en el grupo de la TSN fueron del 33,3 y del 31,4% ($p > 0,05$).

Independientemente del período de seguimiento, el consumo de cigarrillos diarios fumados por las personas que acudieron a la consulta especializada de neumología fue siempre menor que el que presentan los que fueron controlados en la consulta de atención primaria (tabla 3), con un valor medio de 10,6 (8,3-10,2) y 14,3 (12,7-15,9) cigarrillos/día, respectivamente ($p = 0,008$).

Al realizar el análisis multivariado, se constata la efectividad de la intervención respecto al número de cigarrillos/día fumados, de forma que en el control llevado a cabo a los dos meses se observó un descenso significativo del número de cigarrillos fumados respecto a los consumidos inicialmente. La reducción observada a los dos meses se mantuvo con pocas variaciones en el resto de los controles efectuados, de forma que no hay diferencias en el número de cigarrillos/día fumados a los dos meses, a los 6 meses y al año (tabla 4).

El análisis multivariante puso de manifiesto la ausencia del fenómeno de interacción entre el tiempo de seguimiento y el nivel asistencial, de forma que el comportamiento respecto al número de cigarrillos/día fumados a lo largo del período de seguimiento fue similar tanto en los pacientes que acudieron a AE como los que fueron seguidos en AP. Este descenso en el número de cigarrillos queda reflejado

TABLA 3 Diferencias entre el consumo medio de cigarrillos/día de los dos niveles asistenciales

Tiempo	Nivel	Cigarrillos/día (media)	EEM	p	Intervalos de confianza del 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Resultados globales						
Inicio	AE	21,2	1,4		18,5	24,0
	AP	24,9	1,0		22,9	27,0
	Diferencia	-3,7	1,7	0,033	-7,1	-0,3
2 meses	AE	7,2	1,2		4,8	9,7
	AP	9,2	0,9		7,5	11,0
	Diferencia	-2,0	1,5	0,189	-5,0	1,0
6 meses	AE	6,9	1,3		4,2	9,5
	AP	11,4	1,0		9,5	13,3
	Diferencia	-4,5	1,6	0,007	-7,7	-1,3
12 meses	AE	6,9	1,4		4,2	9,6
	AP	11,6	1,0		9,7	13,6
	Diferencia	-4,7	1,7	0,006	-8,1	-1,4
Resultados de los que al final del estudio siguen fumando						
Inicio	AE	24,4	2,4		19,6	29,2
	AP	26,0	1,6		22,7	29,2
	Diferencia	-1,6	2,9	0,587	-7,4	4,2
2 meses	AE	13,9	1,9		10,1	17,7
	AP	17,5	1,3		15,0	20,1
	Diferencia	-3,6	2,3	0,116	-8,2	0,9
6 meses	AE	15,0	2,0	11,0	19,0	
	AP	19,4	1,4		16,7	22,2
	Diferencia	-4,4	2,4	0,072	-9,3	0,4
12 meses	AE	15,2	2,0		11,2	19,2
	AP	19,7	1,4		17,0	22,4
	Diferencia	-4,5	2,4	0,066	-9,4	0,3

AE: atención especializada; AP: atención primaria; EEM: error estándar de la media.

TABLA 4

Pruebas de los efectos intrasujetos. Comparación por pares respecto al consumo de cigarrillos/día (basada en las medias marginales estimadas)

Tiempo (I)	Tiempo (J)	Diferencias entre medias (I-J)	EE	p	Intervalo de confianza del 95% para diferencia *	
					Límite inferior	Límite superior
Resultados globales						
Inicial	2 meses	14,9	0,9	0,000	13,0	16,7
	6 meses	14,0	0,8	0,000	12,3	15,6
	12 meses	13,8	0,8	0,000	12,2	15,5
2 meses	Inicial	-14,9	0,9	0,000	-16,7	-13,0
	6 meses	-0,9	0,5	0,089	-1,9	0,1
	12 meses	-1,1	0,7	0,130	-2,4	0,3
6 meses	Inicial	-14,0	0,8	0,000	-15,6	-12,3
	2 meses	0,9	0,5	0,089	-0,1	1,9
	12 meses	-0,2	0,4	0,688	-0,9	0,6
12 meses	Inicial	-13,8	0,8	0,000	-15,5	-12,2
	2 meses	1,1	0,7	0,130	-0,3	2,4
	6 meses	0,2	0,4	0,688	-0,6	0,9
Resultados de los que al final del estudio siguen fumando						
Inicial	2 meses	9,4	1,2	0,000	7,1	11,8
	6 meses	7,9	1,1	0,000	5,9	10,0
	1	2 meses	7,7	1,0	0,000	5,7
2 meses	Inicial	-9,4	1,2	0,000	-11,8	-7,1
	6 meses	-1,5	0,7	0,043	-2,9	-5,0E-02
	1	2 meses	-1,7	1,0	0,089	-3,7
6 meses	Inicial	-7,9	1,1	0,000	-10,0	-5,9
	2 meses	1,5	0,7	0,043	5,0E-02	2,9
	12 meses	-0,2	0,6	0,740	-1,5	1,0
12 meses	Inicial	-7,7	1,0	0,000	-9,8	-5,7
	2 meses	1,7	1,0	0,089	-0,3	3,7
	6 meses	0,2	0,6	0,740	-1,0	1,5

*Ajuste para comparaciones múltiples: diferencia menos significativa (equivalente a la ausencia de ajuste).
EE: error estándar.

en los valores medios de CO en aire espirado cuando se comparan las concentraciones obtenidas al inicio del estudio y las obtenidas en los distintos controles, presentando diferencias estadísticamente significativas cuando el análisis se realiza con todos los integrantes del estudio, hayan o no conseguido abandonar el tabaco. El valor medio de CO al inicio del estudio fue de $24,3 \pm 10,5$ frente a $12,1 \pm 10,2$ ppm a los 12 meses de la intervención ($19,9 \pm 8,9$ ppm si consideramos sólo a los que, a pesar de la intervención realizada, siguieron fumando al finalizar el estudio). Diferencias similares se observaron entre ambos niveles asistenciales: en AE, $23,9 \pm 11,2$ frente a $11,7 \pm 10,9$ ppm al finalizar el estudio ($20,6 \pm 10,1$ ppm en los que no lograron dejar de fumar) y en AP, $24,7 \pm 9,7$ y $12,3 \pm 9,5$ ppm ($19,3 \pm 7,8$ ppm en los que no consiguieron la abstinencia tabáquica), respectivamente.

Discusión

Las diferencias observadas entre las muestras de ambas consultas son debidas a las peculiaridades propias de los pacientes atendidos en cada nivel asistencial. La población de la consulta de neumología presenta una media de edad mayor, ya que los motivos de consulta principales corresponden a enfermedades respiratorias crónicas relacionadas con el consumo de tabaco, que requieren mayor tiempo de evolución que los procesos agudos normalmente observados en AP.

El predominio de los varones en la consulta especializada está en relación no tanto con la mayor prevalencia actual del tabaquismo en varones como con la tardía incorporación de las mujeres al consumo de tabaco, no habiendo dado tiempo aún a la aparición de las manifestaciones perju-

diciales derivadas de su consumo, situación que, como es conocido, está empezando a cambiar según la clásica curva epidemiológica del consumo de tabaco¹².

Los pacientes controlados en AE presentan enfermedades respiratorias más graves, lo que posiblemente condiciona un menor consumo de cigarrillos/día en la actualidad, pero, por el contrario, presentan un índice paquetes-año mayor. Lógicamente, variables como el grado de dependencia nicotínica y la concentración de CO, ligadas al consumo actual de cigarrillos, son menores en la consulta de neumología.

Existen múltiples estudios que demuestran la efectividad de la intervención mínima¹³⁻²², tanto en el ámbito de AP como en AE, así como del TSN generalmente en el ámbito de la AE²³⁻²⁸, pero no existen estudios que utilizando la misma metodología comparen la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en ambos niveles asistenciales. En nuestro estudio, en ninguno de los controles realizados hemos encontrado diferencias significativas respecto de los resultados obtenidos, en términos de cambio de fase, abstinencia o disminución del consumo, lo que nos permite afirmar, o al menos observar, que, a pesar de las limitaciones derivadas de las distintas poblaciones atendidas en ambos niveles, y sin ánimo de realizar una comparación rigurosa entre ambas consultas, el abordaje del tabaquismo puede y debe hacerse de forma global en ambos niveles asistenciales, y que puede y debe plantearse en AP, con la ventaja añadida de que esta última, por su mayor accesibilidad y cobertura, produce un rendimiento más alto en términos de salud pública, aspecto éste ya demostrado con el clásico estudio de Russell et al¹³.

Los porcentajes de abstinencia obtenidos en nuestro estudio contrastan con resultados previos publicados por otros autores¹³⁻²⁹. Los mejores resultados obtenidos en nuestro estudio creemos que pueden deberse al hecho de tratarse de pacientes que acuden a la consulta por motivos de salud; que el tratamiento del tabaquismo se propone dentro del contexto más amplio del tratamiento de su enfermedad, lo que posibilita una intervención más continuada; que dicha intervención ha sido sistematizada (seguimiento con controles periódicos y aprovechando cualquier otro motivo de consulta) y, por tanto, con mejores resultados que si fuera aislada, hecho contrastado en otros estudios³⁰⁻³², y posiblemente también a la mayor concienciación por parte de la población general de la necesidad de abandonar el tabaco, lo que se observa también en estudios más recientes como el de Ramón et al³³, en el que se obtienen también porcentajes de abstinencia más altos, circunstancia que ya se ha repetido y que hemos comentado en un estudio previo publicado en esta misma Revista³⁴. También hay que tener en cuenta que la distribución en ambos grupos de intervención ha sido en función de las características del fumador (grado de dependencia nicotínica y consumo de cigarrillos), lo que puede explicar, en parte, los porcentajes de abstinencia elevados en el grupo de la in-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La intervención en tabaquismo es de las actividades preventivas que mejor relación coste/beneficio presentan.
- Tanto la intervención mínima sistematizada como la terapia sustitutiva con nicotina han demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo.

Qué aporta este estudio

- Abordando el problema del tabaquismo con la misma metodología cabe esperar los mismos resultados en atención primaria y en atención especializada.
- La selección del tipo de intervención a realizar dependerá de un correcto diagnóstico del fumador en lo que a la enfermedad del tabaquismo se refiere.
- Atención primaria puede ser el lugar de referencia para el abordaje del tabaquismo.

tervención mínima sistematizada, al realizarse ésta en unos pacientes a quienes, *a priori*, no debería costarles demasiado el abandono del tabaco.

Una labor importante de los profesionales sanitarios es la de desarrollar actividades destinadas a fomentar en los pacientes actitudes saludables, siendo el tratamiento del tabaquismo una de ellas. La introducción de nuevos medicamentos³⁵, junto a los distintos factores personales que pueden indicar la posible evolución del fumador en su proceso de abandono del tabaco^{36,37} y a la disponibilidad de factores predictivos más fiables, como puede ser el resultado del mismo a los dos meses del inicio del tratamiento⁹, puede contribuir a aumentar la eficacia y eficiencia del abordaje del paciente fumador.

Basándonos en los resultados obtenidos en nuestro trabajo creemos que tanto la intervención mínima sistematizada como el TSN deberían ser asumidos por todos los profesionales e incluidos en todo acto médico, independientemente del nivel sistencial en el que éste tenga lugar.

En conclusión, el TSN es una terapia eficaz con porcentajes de éxito que oscilan, según un metaanálisis realizado por Silagy et al³⁸, entre el 15 y el 24% en función de la modalidad terapéutica utilizada, por lo que debe ser utilizado en todos los niveles asistenciales y no permanecer relegado a consultas especializadas. Al estar recomendado en pacientes con mayor nivel de dependencia, demuestra ser eficaz en AP, pues los pacientes atendidos en este nivel asistencial fuman más cigarrillos y tienen mayor dependencia que los pacientes de AE.

Posiblemente sea necesario conocer los límites de este tipo de intervenciones tanto en AP como en AE, sobre todo ahora con la ampliación de la oferta terapéutica farmacológica para el tratamiento del tabaquismo con la introducción del bupropión en el mercado español y con las expectativas futuras sobre terapia génica^{39,40}, límites que probablemente vengan dados por situaciones especiales que requieran de una intervención más especializada, propia de las unidades de tabaquismo, por lo que sería necesario comenzar a definir cuáles deberían ser los criterios de derivación a estas unidades⁴¹ una vez asumido que tanto la intervención mínima sistematizada como el tratamiento farmacológico pueden y deben realizarse en todos los niveles asistenciales del sistema sanitario.

Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. Banegas JR, Díez L, Rodríguez F, González J, Graciana A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Cin (Barc)* 2001; 117:692-4.
3. Alonso JM, Magro R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y atención primaria. En: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, editor. Libro Blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa S.L., 1998; p. 211-25.
4. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995;104:49-53.
5. Farreras Valenti P. Enfermedades por agentes químicos. Intoxicaciones. Toxicología general. En: Farreras Valenti P, editor. Medicina interna. Compendio práctico de patología médica y terapéutica clínica. 7.ª ed. Barcelona: Marín S.A., 1970; p. 1172-4.
6. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Doll R. Mortality from Smoking worldwide. En: Doll R, Crofton J. Tobacco and health. *British Medical Bulletin* 1996;52:12-21.
7. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research. Principles and quantitative methods. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.
8. Torrecilla García M. Valoración y prevención del tabaquismo en consulta especializada (neumología) y de atención primaria [tesis doctoral]. Universidad de Salamanca, 1999.
9. Barrueco M, Torrecilla M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Hernández Mezquita MA, Plaza MD. Valor predictivo de la abstinencia tabáquica a los 2 meses de tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2001;116:246-50.
10. Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz MJ, Flórez S, Ramos A, et al. Tratamiento del tabaquismo. En: Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Doyma, 1998; p. 421-36.
11. Barrueco M, Cordovilla R, Hernández Mezquita MA, González JM, De Castro J, Rivas P, et al. Veracidad en las respuestas de niños, adolescentes y jóvenes a las encuestas sobre el consumo de tabaco realizadas en los centros escolares. *Med Clin (Barc)* 1999;112:251-4.
12. Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. En: Bollinger CT, Fagerström KO, editors. The tobacco epidemic. *Prog Respir Res (Basel, Kager)* 1997;28:64-77.
13. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-5.
14. Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982;126:1051-4.
15. Jamrozik F, Fowler G, Vessey M. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *BMJ* 1984; 288:1499-503.
16. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Eficacia del consejo sanitario antitabaco. *Medifam* 1994;4:67-74.
17. Slama K, Karsenty S, Hirsh A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tobacco Control* 1995;4:162-9.
18. Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, Ibsen A, Bendixen M, Pedersen L, et al. Nurse conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996;9:2351-5.
19. Jiménez CA, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E, et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998;34:433-6.
20. Martín C, Jane C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993;12:86-90.
21. Strecher VJ, Kreuter M, Den Boer DJ, Kobrin S, Hoppers HJ, Skinner CS. The effects of computer-tailoring smoking cessation messages in family practice settings. *J Fam Pract* 1994;39:262-70.
22. Alexandre E, Casanova MA, Mitjas J, Sánchez J, Sanmartín A. Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:424-8.
23. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effect in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000;50:803-7.
24. Abelin T, Ehrsam R, Imhof P. Clinical experience with a transdermal nicotine system in healthy nicotine dependent smokers. En: Willhelmsen L, editor. Smoking as a cardiovascular risk factor. New strategies for smoking cessation. Lewiston: Hogrefe and Huber publishers, 1991; p. 35-46.
25. Daughton D, Heatley S, Prendergast J. Effect of transdermal nicotine delivery as an adjunct to low-intervention smoking cessation therapy. A randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1991;151:749-52.
26. Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K, Sawe U. A double blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991;325:311-5.
27. Transdermal Nicotine Study Group. Transdermal nicotine for smoking cessation: six month results from two multicenter controlled clinical trials. *JAMA* 1991;266:3133-8.
28. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of nicotine patch in helping people stop smoking: result of a randomised trial in general practice. *BMJ* 1993;306:1304.
29. Russell MA, Stapleton JA, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U, et al. Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *BMJ* 1993;306:1308-12.
30. Subías P, García Mata JR, Perula L, y grupo de evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPs) de la semFYC. *Aten Primaria* 2000;25:383-9.
31. Martín C, Córdoba R, Jane C, Nebot M, Galán S, Aliaga M, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997;109:744-8.
32. Solberg LI, Genper GJ, Maxwell PL, Kottke TE, Brekke ML. A systematic primary care office-based smoking cessation program. *J Fam Pract* 1990;30:647-54.

33. Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromf J, Saltó E, Salleras L. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. Arch Bronconeumol 1999;35:488-93.
34. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Plaza MD, Hernández Mezquita MA. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. Aten Primaria 2001;27:629-36.
35. Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo: situación actual y perspectiva de futuro. Med Clin (Barc) 2000;115:341-2.
36. Monsó E. ¿Conseguiré dejar de fumar? Med Clin (Barc) 2001;116:259-60.
37. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Plaza MD, Hernández Mezquita MA. ¿Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo? Prev Tab 2001;3:13-9.
38. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. En: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, editors. Tobacco addiction. Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews (updated 01 December 1997). The Cochrane Collaboration; Issues 1. Oxford: Update Software, 1998.
39. Keyler DE, Hieda Y, Peter J, Pentel PR. Altered disposition of repeated nicotine doses in rats immunized against nicotine. Nicotine&Tobacco Res 1999;1:241-9.
40. Lerman C, Audrian J, Main D, Caporaso NE, Bowman ED, Lockshin B, et al. Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. Health Psychology 1999;18:14-20.
41. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, De Granda JJ, Lanza JJ, Alonso S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. Arch Bronconeumol 2001;37:382-7.

COMENTARIO EDITORIAL

La educación sanitaria de las enfermedades crónicas en atención primaria

R. Córdoba García

Vicepresidente del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo en representación de semFYC. España.

Con los datos en la mano, el consumo de cigarrillos es el principal problema prevenible de salud pública en nuestro país en términos de morbilidad atribuible. Lamentablemente este hecho no ha entrado suficientemente en la conciencia de la sociedad y quizá en muchos profesionales sanitarios.

Por lo general, los fumadores no se consideran enfermos (el 60% percibe que goza de buena salud), aunque técnicamente muchos tengan la consideración objetiva de «dependientes de la nicotina». Todo ello justifica una intervención de partida breve y prudente en la mayor parte de los fumadores. El concepto de intervención mínima es confuso, debido a que este tipo de intervención puede tener una intensidad variable; es decir, ciertos tipos de intervención mínima pueden ocupar bastante tiempo, para cumplir con las tareas que incluyen las guías de tabaquismo más difundidas, que el disponible habitualmente en atención primaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el consenso americano son partidarios de denominar al consejo básico «intervención breve» (o muy breve), por lo deberíamos utilizar preferentemente este término antes que «intervención mínima». El excelente trabajo de Torrecilla et al que se incluye en este número incide en la idea de que tanto la intervención breve (mínima) como la farmacológica en atención primaria pueden ser igual de efectivas que la intervención especializada si se utiliza una metodología correcta. Actualmente sabemos que los ex fumadores constituyen ya el 15% de la población española.

- Aunque casi todos los que lo intentan fracasan, más de la mitad de los fumadores que dejan de fumar lo hacen por sí mismos, sin ayuda de profesionales sanitarios y sin utilizar los tratamientos disponibles de eficacia demostrada.
- En un futuro es previsible que los fumadores activos que persistan en su conducta sean aquellos con mayor nivel de dependencia y que requieran cada vez tratamientos más intensivos y apoyo farmacológico.
- Aunque algunos niveles de intervención particulares puedan ser más relevantes para ciertos sectores, todos los colectivos profesionales deberían conocer e implementar, cuando sea necesario, el espectro completo de los tratamientos efectivos.
- La estrategia más efectiva en los próximos años pasaría por la potenciación de la intervención breve integrada, la dispensación de las consultas específicas de tabaco en atención primaria y la derivación a unidades especializadas como último recurso.

Este hecho indica que cada vez nos encontramos con fumadores más resistentes a dejar de fumar, puesto que van quedando aquellos que nunca han intentado dejarlo o los que han fracasado repetidamente. En un futuro es previsible

ble que los fumadores activos que persistan en su conducta sean aquellos de mayor nivel de dependencia y que requieran cada vez tratamientos más intensivos y apoyo farmacológico con terapia sustitutiva de nicotina o bupropión¹. Sin embargo, la elevada prevalencia que existe en nuestro país nos hace suponer que hay todavía un enorme trabajo para todos los niveles de intervención clínica disponibles. En realidad la mayoría de los fumadores puede considerarse «disonante» (es decir, no se sienten cómodos en su condición de fumadores). Se acepta actualmente que el 70% de los fumadores desea dejar de fumar definitivamente². Esto no significa que la mayoría de los fumadores estén dispuestos y preparados para dejar de fumar, pero sí tienen una actitud a medio plazo de intentar dejarlo a largo plazo. En nuestro medio se estima que, en un momento dado, solamente el 7% de los fumadores de la población general desea dejar de fumar en las próximas 4 semanas, aunque esta cifra supera el 12% en los mayores de 45 años, y en población consultante estas cifras pueden ser más elevadas³. El 40% de los fumadores intenta abandonar cada año el tabaco, aunque la mayoría no lo consigue². A pesar de esto, más de la mitad de los fumadores que dejan de fumar lo hacen por sí mismos, sin ayuda de profesionales sanitarios y sin utilizar los tratamientos disponibles que actualmente se reconoce que son altamente efectivos^{2,4}. La tasa anual mínima de fumadores que consiguen dejar el tabaco por sí mismos es del 1%, pero si consideramos las tentativas de los pacientes que lo intentan durante varios años llega al 7%. Sin embargo, con ayuda profesional específica se alcanzan tasas del 15-30% de media aplicando los tratamientos más modernos, tanto psicológicos como farmacológicos².

Por otra parte, con datos españoles podríamos asumir que en un momento dado hay al menos 800.000 fumadores preparados para dejar de fumar. Este volumen de población sólo puede ser abordado con la participación del dispositivo de atención primaria⁴. La OMS establece que el tratamiento de la dependencia al tabaco incluye intervenciones farmacológicas y conductuales (aisladas o combinadas), que abarcan desde el consejo breve hasta la intervención especializada con administración de fármacos, con el objetivo de reducir la dependencia al tabaco en los fumadores y en el conjunto de la población general. El espectro completo de estas intervenciones generalmente es efectivo. Hay evidencias razonables de que con el tiempo las personas que abandonan el tabaco consumen menos recursos sanitarios, y esto debería animar a los gestores a destinar recursos a estas actuaciones⁵. El tabaco es un claro paradigma de problema de salud transversal y su asistencia debe organizarse pensando sobre todo en los intereses y en las necesidades de los pacientes. Los servicios de apoyo deben estar constituidos por profesionales formados en tabaquismo que se dediquen, a tiempo comple-

to o durante una serie de horas semanales, a atender específicamente a fumadores^{2,6}. Aunque algunos niveles de intervención particulares puedan ser más relevantes para ciertos sectores, todos los colectivos profesionales deberían conocer e implementar, cuando sea necesario, el espectro completo de los tratamientos efectivos. El abordaje del tabaquismo no puede basarse en compartimientos estancos ni debe entenderse que los niveles de intervención representan una estructura asistencial vertical, cerrada o jerarquizada. Las preguntas que cabe plantearse respecto al futuro de la atención al problema del tabaquismo son las siguientes: ¿qué podemos hacer para incrementar la intervención breve de los profesionales de atención primaria? ¿Es posible en estos momentos integrar la intervención intensiva o avanzada a las labores habituales del médico de familia? Si no se está implementando la intervención mínima, ¿se puede pretender que se implemente una intervención más extensa? La experiencia de unos pocos profesionales en nuestro medio no es extrapolable a toda la atención primaria. Hay problemas de falta de tiempo (con 5 min por paciente no se puede integrar la prevención y la promoción de la salud de forma efectiva), problemas de habilidades (las facultades no forman en tabaquismo), pero sobre todo hay problemas de actitud. Hay demasiados médicos y enfermeras fumadores, no se observa una adecuada priorización del problema. Se maximizan las dificultades y se minimizan las oportunidades. Hay que dar un giro a esta situación con reformas estructurales, incremento de la formación y de la motivación, impulso de los centros sin humo y un entorno social más favorable a la regulación del tabaco. Es un camino largo, complejo y difícil, pero seguro que estamos viendo sus primeros frutos.

Bibliografía

1. Fagerström KO, Kaunze M, Shoberberger R, Breslau N, Hugues JR, Hurt RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control* 1996;5:52-6.
2. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
3. Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento a fumadores. *Prevención del Tabaquismo* 2000;2:106-12.
4. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines of health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
5. Wagner EH, Curry SJ, Grothaus L, Saunders KW, McBride CM. The impact of smoking and quitting on health care use. *Arch Intern Med* 1995;155:1789-95.
6. Lancaster T, Silagy C, Fowler G, Spiers I. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). En: the Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update software, 1999.