

Dependencia nicotínica, patologías concomitantes y cese del tabaquismo en Atención Primaria

M.L. Rodríguez Ibáñez^a, A. Pérez Trullén^b, M.L. Clemente Jiménez^c, J.L. Barrio Gamarra^d, I. Herrero Labarga^e y A. Rubio Gutiérrez^f

^aCentro de Salud Orio. Orio. Guipúzcoa. ^bServicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. ^cCentro de Salud Perpetuo Socorro Unidad docente de Huesca. ^dCentro de Salud Irún Centro. Irún. Guipúzcoa. ^eServicio de Neumología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. ^fCentro de Salud Leioa. Leioa. Vizcaya.

OBJETIVOS. Conocer la prevalencia de fumadores y ex fumadores en el Centro de Salud "Irún Centro" de Irún (Guipúzcoa), así como la presencia de patología respiratoria y/o factores de riesgo cardiovascular sobreañadidos, e investigar la dependencia nicotínica e intentos de deshabituación tabáquica de los fumadores.

MÉTODO. Estudio descriptivo transversal ubicado en Atención Primaria (AP). Se realizó una encuesta mediante cuestionario estructurado, confidencial y autoadministrado a una muestra representativa de los pacientes que acudieron a las consultas de AP en marzo y abril de 2000. Se interrogó sobre tabaquismo (hábito y dependencia), patología respiratoria y/o factores de riesgo cardiovascular.

RESULTADOS. El 31,9% (100) se declararon fumadores y el 19,8% (62) ex fumadores. El 78,4% (72) de los fumadores consumía entre 1 y 20 cigarrillos/día. Cuantificada la dependencia a la nicotina mediante la prueba de Fagerström simplificada un 77,31% (75) presentaban dependencia leve (puntuación ≤ 4). El 58% (58) de los fumadores había intentado dejar de fumar en alguna ocasión. El 43% (43) de los fumadores y el 50% (31) de los ex fumadores presentó alguna de las patologías estudiadas.

CONCLUSIONES. La mayoría de los fumadores consume de 1 a 20 cigarrillos/día, tiene baja dependencia nicotínica y ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión. Una tasa elevada de fumadores activos presentan comorbilidad y/o factores de riesgo cardiovascular añadidos, por lo que son necesarios programas de deshabituación especialmente en este grupo de pacientes. El porcentaje de ex fumadores en las consultas analizadas es superior al de la población general; dado que la mitad de ellos presenta al menos una de las patologías estudiadas, se hace necesario desarrollar en AP estrategias para la prevención de recaídas.

Palabras clave: dependencia, nicotina, patología, tabaquismo, deshabituación.

OBJECTIVES. Know the prevalence of smokers and ex-smokers in the "Irún Centro" Health Center of Irún (Guipúzcoa) as well as the presence of respiratory disease and/or superadded cardiovascular risk factors and investigate nicotine dependence and attempts to stop smoking of the smokers.

METHOD. Cross-sectional descriptive study located in Primary Health Care (PHC). A survey was carried out by structured, confidential and self-administered questionnaire to a representative sample of patients who came to the PHC out-patient clinic in March and April 2000. They were questioned on smoking (habit and dependence), respiratory disease and/or cardiovascular risk factors.

RESULTS. 31.9% (100) declared they smoked and 19.8% (62) were ex-smokers. A total of 78.4% (72) of the smokers consumed between 1 and 20 cigarettes/day. On quantifying nicotine dependence by the simplified Fagerström test, 77.31% (75) presented mild dependence (score ≤ 4). A total of 58% (58) of the smokers had tried to stop smoking on some occasion. Forty three percent (43) of the smokers and 50% (31) of the ex-smokers presented some of the diseases studied.

CONCLUSIONS. Most of the smokers consumed 1 to 20 cigarettes/day, had low nicotine dependence and had tried to stop smoking at some time. A high rate of active smokers present comorbidity and/or added cardiovascular risk factors, so that dehabituación programs are necessary especially in this group of patients. The percentage of ex-smokers in the out-patient clinics analyzed is superior to that of the general population. Given that half of them present at least one of the diseases studied, strategies to prevent relapses must be developed in PHC.

Key words: dependence, nicotine, disease, smoking, dehabituación.

Correspondencia: M.L. Rodríguez Ibáñez.
Bº Iurre, 12-3B.
20400 Tolosa. Guipúzcoa.
Correo electrónico: kutturru@euskalnet.net

Recibido el 10-02-03; aceptado para su publicación el 09-10-03.

INTRODUCCIÓN

El efecto nocivo del tabaco para la salud constituye una evidencia científica. Más de 70.000 estudios, así como informes emitidos por organismos de indudable prestigio, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han puesto de manifiesto esta relación¹. Son cuatro enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular) las causantes de tres cuartas partes de los fallecimientos atribuibles al tabaco².

Debido a las características de la Atención Primaria (AP), ésta constituye un marco idóneo para la intervención antitabáquica. La intervención mínima, pilar básico de la actuación sobre tabaquismo en AP, se puede concretar en los criterios modificados del *National Cancer Institute* en el plan de las "7 aes": averiguar, aconsejar o prescribir, agrupar, asesorar, ayudar, acordar y abstinencia consolidada³. Consultados los fumadores, el 40% estaría dispuesto a abandonar su hábito si su médico se lo aconsejase⁴.

En los últimos años se está asistiendo a un cambio en el comportamiento de la sociedad frente al tabaco. Según las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) la tasa de fumadores entre la población de 16 o más años en España ha pasado del 38,1% en 1987 al 35,7% en 1997^{5,6} y a un 34,4% en 2001 (Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Avance de resultados). Por comunidades autónomas, en el País Vasco la Encuesta de Salud (ESCAV) muestra un descenso del 34,75% en 1986 al 29,1% en 1997^{7,8}. Sin embargo por sexos en las tres últimas encuestas, ha descendido el consumo entre los hombres y ha aumentado entre las mujeres.

A la hora de plantear la deshabituación de los fumadores y la consolidación de su actitud en los ex fumadores, es fundamental conocer las características de los pacientes. La observación de estos cambios de conducta en la población general ha motivado la realización de este trabajo con los objetivos de conocer la prevalencia de fumadores y ex fumadores en el Centro de Salud "Irún Centro" de Irún (Guipúzcoa), así como la presencia de patología respiratoria y/o factores de riesgo cardiovascular sobreañadidos, e investigar la dependencia nicotínica e intentos de deshabituación tabáquica de los fumadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico descriptivo transversal, ubicado en AP y realizado en el Centro de Salud "Irún Centro" de Irún (Guipúzcoa), centro docente para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, que atiende a una población fundamentalmente urbana de 26.720 habitantes.

Pacientes

Muestra representativa de los pacientes que acudieron a las consultas médicas de AP durante marzo y abril de 2000 (n = 330), obtenida mediante muestreo aleatorio. Calculada según la prevalencia de tabaquismo en el País Vasco (29%) riesgo α del 5%, nivel de confianza del 95%, porcentaje de pérdidas previsible del 5%. El rango de edad fue

de 14 a 75 años que corresponde al del programa del adulto del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFyC). Los criterios de exclusión fueron: negativa del paciente a participar y la presencia de déficit mental o alteración mental o psíquica que impidiese contestar al cuestionario valorado según los datos de la historia clínica del paciente. En el caso de que el paciente seleccionado previamente no acudiese a su cita o bien presentase alguno de los criterios de exclusión era sustituido por el paciente inmediatamente posterior en el listado de los pacientes para ese día.

Mediciones

El médico de AP entregó al paciente un cuestionario estructurado, confidencial y autoadministrado, que recogía datos demográficos (edad y sexo), principales patologías crónicas relacionadas con la morbilidad atribuible al tabaquismo: patología respiratoria (EPOC y/o asma bronquial, tumoración pulmonar), patología y/o factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial sistémica [HTA], hiperlipidemia, diabetes mellitus [DM] y cardiopatía isquémica), así como la cuantificación de la dependencia a la nicotina mediante la prueba de Fagerström simplificado⁹⁻¹². Según la definición de la OMS⁹⁻¹³ se considera fumadora a aquella persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier clase de tabaco. En caso de dificultades para la lectura, escritura o dudas en su interpretación, los pacientes fueron ayudados a cumplimentarlo por el personal sanitario del centro.

No se consideró necesario efectuar estudio de fiabilidad.

Estudio estadístico

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cuantitativas continuas se expresaron mediante la media aritmética \pm desviación estándar y las variables cualitativas mediante porcentajes.

RESULTADOS

De los 330 cuestionarios recogidos se rechazaron 17 por defectos en su cumplimentación, obteniendo 313 encuestas válidas. El rango de edad fue de 14 a 75 años, media de 43 años y desviación típica 15,74. Por sexos el 42,8% (134/313) fueron hombres y el 55,6% (174/313) mujeres, de éstas el 4% (7/174) estaban embarazadas.

La prevalencia de consumo de tabaco fue del 31,9% (100/313), con el 20,2% (35/174) de las mujeres, y el 44,8% (60/134) de los hombres. En el 1,6% (5/313) de los fumadores no constaba el sexo. En la tabla 1 presentamos la distribución de fumadores por edad y sexo. El 19,8% (62/313) de los encuestados se declaró ex fumador, siendo ex fumadores un 25,4% (34/134) de las mujeres y el 16,1% (28/174) de los hombres.

En cuanto al consumo diario de tabaco, el 36,5% (34/93) fuma menos de 10 cigarrillos, el 41,9% (39/93) entre 11 y 20, el 17,2% (16/93) entre 21 y 30, y el 4,3% (4/93) 31 o más cigarrillos. De aquellos encuestados que

Tabla 1. Consumo de tabaco por edad y sexo

	< 25 años		25-44 años		45-65 años		> 65 años	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Hombre	56,30	61,7-50,8	60	65,4-54,6	37,70	43-32,4	10	13,3-6,7
Mujer	40	45,4-34,6	30,40	35,4-25,4	7,80	10,7-4,8	0	0
Global	48,60	54,1-43,1	44	49,4-38,6	20,40	24,8-15,9	7,70	10,6-4,8

IC: intervalo de confianza.

Tabla 2. Cigarrillos fumados por edad y sexo

Mujeres	< 25 años		25-44 años		45-65 años		> 65 años	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
< 11	37,5	42,8-32,1	28,5	33,5-23,4	40	45,4-34,5	0	0
11-20	37,5	42,8-32,1	62	67,3-56,6	40	45,4-34,5	0	0
21-30	12,5	16,1-8,8	9,5	12,7-6,2	20	24,4-15,5	0	0
> 30	12,5	16,1-8,8	0	0	0	0	0	0
Hombres	< 25 años		25-44 años		45-65 años		> 65 años	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
< 11	22	26,5-17,4	35	40,2-29,7	50	55,5-44,4	0	0
11-20	66	71,2-60,7	29	34-23,9	37,5	42,8-32,1	100	133,2-66,7
21-30	11	14,4-7,5	29	34-23,9	7	9,8-4,1	0	0
> 30	0	0	6,4	9,1-3,6	6,4	9,1-3,6	0	0

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3. Dependencia a la nicotina según edad, sexo y patología asociada

		Dependencia Baja (1-4)		Dependencia Media (5-6)		Dependencia Alta (≥ 7)	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Edad (años)	< 25	83,3	87,4-79,1	5,6	8,1-3,0	11,1	14,5-7,6
	25-44	76,4	81,1-71,6	14,5	18,4-10,5	7,3	10,1-4,4
	45-65	59,1	64,5-53,6	13,6	17,3-9,8	13,6	17,3-9,8
	> 65	66,7	71,9-61,4	33,3	38,5-28,0	0	0
Sexo	Varón	74,13	78,9-69,2	15,5	19,5-11,4	10,3	13,6-6,9
	Mujer	83	87,1-78,8	8,6	11,7-5,4	8,6	11,7-5,4
Patología asociada	EPOC y/o asma	73,68	78,4-68,7	21	25,5-16,4	5,26	7,6-2,7
	Hiperlipidemia	73,68	78,4-68,7	21	25,5-16,4	5,26	7,6-2,7
	DM	80	84,4-75,5	20	24,4-15,5	0	0
	HTA	77,8	82,4-73,1	0	0	11,1	14,5-7,6
Global		73,5	78,3-68,6	13,3	17,0-9,5	9,2	12,4-5,9

EPOC y/o asma: enfermedad pulmonar obstructiva crónica y/o asma bronquial; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial sistémica; IC: intervalo de confianza.

presentaban al menos una de las patologías estudiadas los porcentajes son: el 34,14% (14/41) menos de 10 cigarrillos, el 43,9% (18/41) entre 11 y 20, el 21,95% (9/41) entre 21 y 30 y 0% 31 o más cigarrillos. La tabla 2 muestra el número de cigarrillos fumados por edad y sexo.

El 41% (41/100) de los fumadores y el 50% (31/62) de los ex fumadores presentan comorbilidad y/o factores de riesgo asociados, mientras que en los que nunca han fumado este porcentaje es del 40,7% (61/149). Por patologías fuman el 45% (20/44) de los pacientes afectados por EPOC, el 29% (20/67) de los hiperlipidémicos, el 27,7% (5/18) de diabéticos, el 9% (22,5/40) de hipertensos y el 0% (0/9) de cardiopatía isquémica.

Según la prueba de Fagerström modificada el 73,5% (72/98) de los fumadores presentan baja dependencia (puntuación 1-4), el 13,30% (13/98) media (puntuación 5-6) y el 9,2% (9/98) alta (puntuación ≥ 7). La tabla 3 resume su distribución por edad, sexo y patología.

El 58% (58/100) de los fumadores refirió haber intentado dejar de fumar en alguna ocasión. Por sexos lo habían intentado el 64,8% (23/35) de las mujeres y el 53,9% (33/60) de los hombres.

DISCUSIÓN

Hasta no hace muchos años, el consumo de tabaco se consideraba un hábito, un estilo de vida banal, sin embargo en

las últimas décadas la evidencia científica ha demostrado como debe ser un punto clave de prevención, por ser considerado una entidad patológica propiamente dicha, compleja en su patogénesis y manejo, con una evolución progresiva e invalidante que desencadena enfermedades letales y un elevado coste socio-sanitario³⁻¹⁴. Según un reciente informe de la OMS para disminuir drásticamente las tasas de morbilidad atribuibles al tabaquismo, es necesario que el mayor número posible de fumadores abandone definitivamente su consumo¹⁵. Continuamente surgen publicaciones y recomendaciones que promulgan la prescripción sanitaria antitabaco¹⁶⁻¹⁹. De este modo se va tomando conciencia de la importancia del papel activo del profesional sanitario en el cese del consumo y mantenimiento de la abstinencia. La evolución que en las últimas décadas ha experimentado la sociedad, ha motivado cambios en los patrones de consumo de tabaco²⁰. Por ello, de cara a la actividad diaria de las consultas de AP, es fundamental conocer las características de los pacientes que acuden a ellas.

La prevalencia de tabaquismo hallada es inferior a la de la población general española. Desglosando los resultados por edades en la ENS de 1997 el porcentaje de fumadores menores de 25 años es del 40% frente al 48,6% de la muestra analizada, en el resto de edades los resultados son inferiores a los de la ENS^{5,6}. Comparándolos con los de la ESCAV de 1997 se ha obtenido una prevalencia global de tabaquismo superior a la de la población general. Analizando los resultados según la edad y el sexo, este exceso de fumadores sólo se mantiene en los menores de 25 años en ambos sexos, y en los hombres entre 25 y 64 años, fumando las pacientes mayores de 25 años y los de 65 o más años menos que la población general del País Vasco^{7,8}. De continuar este ritmo de incorporación de los más jóvenes al hábito de fumar, el porcentaje de fumadores adultos puede aumentar en los próximos años, con su consecuente repercusión sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas¹⁴.

El porcentaje de ex fumadores hallado (19,8%) es superior tanto al de la ENS el 15% (22,5% en hombres y 7,9% en mujeres)^{5,6}, como al de la ESCAV, el 13,9% (19,6% de los hombres y 8,6% de las mujeres)^{7,8}. Destaca que la mitad de los ex fumadores padece alguna de las patologías estudiadas. Ya en 1991 García et al²¹ estudiando el abandono del hábito tabáquico en España describieron que la proporción de abandono era superior en aquellas personas con algún problema de salud y con mayor frecuencia de utilización de servicios sanitarios. Estudios posteriores como los de Gil et al²² y Jiménez et al²³ confirman que la salud, o más bien la ausencia de la misma, constituye uno de los principales motivos por los que los fumadores cesan en su hábito. Aspecto importante para alentar a todos los profesionales sanitarios en la tarea de realizar consejo antitabaco en las consultas mejorando la calidad de asistencia en las mismas. Asimismo no se debe olvidar el reforzamiento de la actitud de los ex fumadores para la prevención de recaídas.

Siendo el cese del tabaquismo la medida terapéutica más importante para el tratamiento de la EPOC en todos

los estadios y grados de la enfermedad²⁴, es de subrayar que el 20% de los fumadores activos padezcan EPOC y/o asma bronquial, lo que debe animar a incidir especialmente en este grupo de pacientes. En la cardiopatía isquémica los resultados obtenidos coinciden con el trabajo realizado por Serna et al²⁵ que analizando la prevalencia de tabaquismo en seis comarcas de Lleida tampoco encontraron ningún fumador entre los pacientes afectados por enfermedad coronaria.

El 78,4% (73) de los fumadores fuma entre 1 y 20 cigarrillos diarios, desglosado por edad y sexo, en todos los casos este grupo es el más numeroso, circunstancia que coincide con los resultados publicados en la bibliografía²⁵⁻²⁷.

Se ha descrito la dependencia física a la nicotina como el principal factor responsable de que los fumadores no abandonen su hábito, siendo la causa más frecuente de recaídas en las dos o tres semanas siguientes al cese de fumar²⁸. De este modo, la cuantificación de la dependencia nicotínica ayudará a la hora de prescribir medicación para abandono del consumo de tabaco^{29,30}. En todos los grupos analizados se observó una dependencia baja a la nicotina (puntuación ≤ 4) al igual que Jiménez et al²³ que encuentran una puntuación media en la población de fumadores de $3,4 \pm 2,46$ y Bellido et al³¹ que presentan resultados similares.

Al igual que en otros estudios, más de la mitad de los fumadores ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión, lo que anima a dar a conocer y reforzar los métodos para dejar de fumar^{23,32-34}.

Aunque se trata de un estudio realizado en un Centro de Salud, con sus consiguientes limitaciones, dada la concordancia de nuestros resultados con los obtenidos en la bibliografía concluimos que la prevalencia de fumadores jóvenes que acude a AP es superior a la población general. La mayoría de los fumadores consume de 1 a 20 cigarrillos/día, tiene baja dependencia nicotínica y ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión. Hay una tasa elevada de fumadores activos que presentan comorbilidad y/o factores de riesgo cardiovascular añadidos, por lo que son necesarios programas de deshabituación especialmente en este grupo de pacientes. El porcentaje de ex fumadores en las consultas analizadas es superior al de la población general, además, la mitad de ellos presenta al menos una de las patologías estudiadas, por lo que es necesario realizar en AP estrategias para prevenir la recaída en aquellos que ya se han "liberado" del tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, 1974. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie informes técnicos OMS. nº 568. Ginebra.
2. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997;109:577-82.
3. Pérez-Trullén A, Sánchez L. Guías prácticas de deshabituación tabáquica: ¿análisis coste-efectividad? *Arch Bronconeumol* 1999; 35(Supl 3):89-94.

4. Rodríguez ML, Pérez-Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio V, Sanpedro E. Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. *Arch Bronconeumol* 2001;37:241-6.
5. Cayuela A. Estilo de vida y salud: situación en España. *Aten Primaria* 1999;24(Supl 2):57-61.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1998.
7. Lecuona J, Anitua C. Evolución del tabaquismo en la comunidad autónoma del País Vasco desde 1986 a 1997. *Osasunkaria* 1999; 17:2-9.
8. Anitua C, Aizpura F, Sanzo JM. Encuesta de salud 1997. Vitoria - Gasteiz: Departamento de Sanidad. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1998.
9. Córdoba R, Delgado MT, Botaya M, Barberá C, Lacarta P, Sanz C. Protocolo de tabaco en Atención Primaria. *FMC* 1995;2(Supl 3): 6-13.
10. Cabezas C. Deshabituación tabáquica, nuevas estrategias. *FMC* 1994;1:19-32.
11. Clemente ML, Pérez-Trullén A. Cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Boehringer Ingelheim 1997.
12. Alonso S, Díaz-Maroto JL, Almonacid C, Cisneros C, Ramos A, Jiménez CA. Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo desde atención primaria. *SEMERGEN* 2000;26:399-407.
13. Gaona ML. Usuario fumador. Guía de actuación en Atención Primaria. semFYC. EdIDE. Barcelona 1998;257-61.
14. Pérez-Trullén A, Herrero I. El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescencia. *Prev Tab* 2002;4:1-2.
15. World Health Organization. Special Issue World Non-Tobacco Day. May 2000.
16. Informe del Public Health Service de los Estados Unidos. Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. *JAMA* 2000;283:3244-54.
17. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 1999;24(Supl 1):118-32.
18. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SJ, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
19. Grupo de Trabajo de Tratamiento del Tabaquismo de Área de Tabaquismo. SEPAR. Normativa para el tratamiento del Tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:499-506.
20. Córdoba R, Montañés JA. Los cambios en el patrón de consumo de tabaco en la última década. *FMC* 2001;8:287-9.
21. García A, Hernández I, Álvarez-Dardet. El abandono del hábito tabáquico en España. *Med Clin (Barc)* 1991;97:161-5.
22. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Sáiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. *Prev Tab* 2000;2(1):22-31.
23. Jiménez CA, Fernando J, Sobradillo V, Gabriel R, Miravittles M, Fernández-Fau L, et al. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en población mayor de 40 años. *Arch Bronconeumol* 2000;36: 241-4.
24. Pauwels RA, Buist S, Calverley P, Senkins Ch, Mur A SS. Gold strategy for the diagnosis management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Regis Med* 2001;163:1256-76.
25. Serna C, Serra L, Miret M, Gascó E, Perera E, Mitjavila J. Prevalencia de tabaquismo en 6 comarcas de Lleida. *Aten Primaria* 1997; 19:221-5.
26. Arias CN, Bou R, Ramón JM. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población fumadora que inicia tratamiento para dejar de fumar. *Rev. Esp. Salud Pública* 2000;74:189-98.
27. Merino A, Calvo Y, García I, Notoria M, García N, Pacheco C. Tabaquismo y su relación con unas variables en una ZBS urbana. *Aten Primaria* 1993;12:411-4.
28. Pérez-Trullén A, Herrero I, Clemente ML, Pérez-Trullén JA, Sánchez I. Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina. ¿El por qué de un nuevo tratamiento para dejar de fumar? *Arch Bronconeumol* 2002;38(Supl 7):30-5.
29. Rustin TA. Valoración de la dependencia de la nicotina. *Am Fam Physician* 2000;62:579-84, 591-2.
30. Hilton A. Stopping smoking: the importance of nicotine addiction. *Thorax* 2000;55:256-7.
31. Bellido J, Martín JC, Dueñas A, Mena FJ, Arzúa D, Simal F. Hábito tabáquico en una población general: descripción de la prevalencia, grado de consolidación y fase de abandono. *Arch Bronconeumol* 2001;37:75-80.
32. Pérez-Trullén A, Clemente ML. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabituación tabáquica basado en pruebas clínicas. *Arch Bronconeumol* 2001;37:184-96.
33. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio E. Manejo terapéutico escalonado de la deshabituación tabáquica basado en pruebas clínicas. *Arch Bronconeumol* 2001;37:69-77.
34. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Morales C. Terapias psicológicas en la deshabituación tabáquica. *Psiquis* 2001;22:251-63.