Medicina de Familia. SEMERGEN 51 (2025) 102484

Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen

ORIGINAL

Consenso de expertos sobre la organización de la asistencia al tabaquismo en España

C. Rábade-Castedo[a,*], G. Estrada Riolobos[b], S. Cebrián[c], J.L. Díaz-Maroto[d], L. Gaztelurrutia Lavesa[e], M. González-Béjar[f], C.A. Jiménez-Ruiz[g], J.A. Riesco-Miranda[h] y R. de Simón-Gutiérrez[i]

[a] *Unidad Especializada en Tabaquismo, Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España*
[b] *Farmacia Ortega Melgares, Lorca, Murcia, España*
[c] *Farmacia La Pobla el Duc, Valencia, España*
[d] *Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Pozo de Guadalajara, Pozo de Guadalajara, Guadalajara, España*
[e] *Grupo Pharmacy Practice Research, Grupo PharmaNanoGene, Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Vitoria-Gasteiz, Álava, España*
[f] *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Aravaca, Aravaca, Madrid, España*
[g] *Unidad Especializada en Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*
[h] *Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cáceres, PII Tabaquismo, Cáceres, España*
[i] *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Luis Vives, Alcalá de Henares, Madrid, España*

Recibido el 25 de noviembre de 2024; aceptado el 24 de febrero de 2025
Disponible en Internet el 25 de marzo de 2025

PALABRAS CLAVE
Tabaquismo;
Nivel de atención;
Atención primaria de salud;
Servicios comunitarios de farmacia;
Atención hospitalaria;
Atención interdisciplinar

Resumen
Objetivo: Generar un modelo asistencial sanitario costo-efectivo para el manejo del tabaquismo en España.
Material y métodos: Estudio cualitativo basado en la metodología de grupos nominales y en una revisión de la literatura. Se seleccionaron 9 expertos en tabaquismo (3 neumólogos, 3 médicos de atención primaria y 3 farmacéuticos comunitarios) que analizaron el contexto de la atención sanitaria al tabaquismo y la evidencia actualmente disponible sobre las intervenciones. Con ello, se generó un modelo asistencial sanitario para el abordaje del tabaquismo.
Resultados: Se consensuaron 11 principios generales que incluyen, por ejemplo, el reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica, la necesidad de un abordaje integral, coordinado, ajustado a las características y necesidades del fumador, o la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito. Se establecen y describen (características, competencias, recursos, etc.) los 2 niveles asistenciales al tabaquismo propuestos, uno no especializado

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: crabcas1@gmail.com (C. Rábade-Castedo).

https://doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102484
1138-3593/© 2025 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

t (atención primaria, atención hospitalaria y farmacia comunitaria) y otro especializado (unidades de tabaquismo). El objetivo del nivel no especializado es identificar al fumador, establecer el diagnóstico y realizar la evaluación del mismo, y el de proporcionar al menos una intervención breve. El nivel no especializado proporciona una asistencia integral altamente especializada a un grupo de fumadores de características especiales. El documento resume la evidencia de las principales intervenciones sobre el tabaquismo, y cuenta con recomendaciones y algoritmos asistenciales (actuaciones en primera visita y sucesivas, y criterios de derivación).
Conclusiones: El tabaquismo en España precisa de un abordaje integral, estructurado, interdisciplinar, coordinado y eficiente, adaptado a las características y necesidades del fumador.
© 2025 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

KEYWORDS
Smoking;
Delivery of health care;
Primary health care;
Community pharmacy services;
Hospital medicine;
Interdisciplinary care

Expert consensus for the organization of smoking management in Spain

Abstract
Objective: To generate a cost-effective healthcare model for the management of smoking in Spain.
Material and methods: This was a qualitative study based on nominal group methodology and a literature review. Nine tobacco experts (3 pulmonologists, 3 primary care physicians, and 3 community pharmacists) analysed the current smoking care context and available evidence on interventions. Based on this information, they generated a healthcare model for the management of smoking.
Results: A total of 11 general principles were agreed upon, including, for example, the recognition of smoking as a chronic disease, the need for a comprehensive, coordinated approach adjusted to the characteristics and needs of the smokers, or the training of health care professionals on smoking cessation. Two proposed levels of smoking care were established and described (characteristics, competencies, resources, etc.); one is non-specialized (primary care, hospital care and community pharmacy) and another is specialized (smoking units). The objective of the non-specialized level is to identify the smoker, establish the diagnosis, evaluate the patients, and provide at least a brief intervention. The non-specialized level provides highly specialized comprehensive assistance to smokers with special characteristics. The document summarizes the evidence of the main interventions on smoking and has recommendations and care algorithms (actions in the patients' first and subsequent visits and referral criteria).
Conclusions: Smoking in Spain requires a comprehensive, structured, interdisciplinary, coordinated, and efficient approach adapted to the characteristics and needs of the smokers.
© 2025 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

El tabaquismo tiene una elevada prevalencia y tasa de morbimortalidad[1,2]. Más del 50% de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco[1,2]. Además, el tabaquismo se asocia a un elevado coste sociosanitario[3].

En España, según la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2016[4], un 24,3% de la población mayor de 15 años fumaba. La mayoría de los fumadores realizaban un consumo diario y solo un 2,3% declaraba un consumo ocasional[4]. La distribución de consumo de tabaco diario por comunidades autónomas fue muy similar[4]. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada de 2022 son bastante parecidos[5]. En ellos se ha comunicado que un 19,8% de la población mayor de 15 años fuma tabaco a diario (un 23,3% de los hombres y un 16,4% de las mujeres). El 15,2% de la población de 15 a 24 años fuma a diario, siendo la edad media de inicio del consumo de tabaco en los fumadores diarios de 17,7 años[5]. Por otro lado, el tabaquismo origina cerca de 60.000 muertes cada año en nuestro país, siendo la primera causa de muerte evitable[6]. Estos datos hacen imperativa una estrategia global en la atención al tabaquismo.

Existen múltiples intervenciones para el tabaquismo[7,8], pero, para que sean eficaces y eficientes, deben ser globales, integrales y estructuradas. Es decir, deben extenderse a todos los fumadores y adecuarse, en su tipo e intensidad, a las características de cada fumador[9,10].

Por otro lado, la asistencia al tabaquismo en España tiene un marco regulatorio específico[11,12] tanto a nivel nacional

como regional, local e incluso internacional. Pero, además, en la gestión sanitaria del tabaquismo participan la administración central, las comunidades autónomas y también las administraciones locales. Incluso pueden existir diferencias a nivel de centros. Todo ello hace que exista una gran heterogeneidad en la asistencia al tabaquismo en España, que puede ser fuente de inequidades y de falta de eficiencia del sistema[13].

El objetivo principal de este documento es el de generar un modelo asistencial sanitario costo-efectivo para el manejo del tabaquismo en España en todas sus formas y variantes. Para ello, se ha evaluado la magnitud del problema, la legislación vigente y el contexto administrativo y local del mismo. Se han tenido en cuenta también la evidencia disponible, así como las características y la disponibilidad de recursos humanos (incluyendo la formación de los profesionales de la salud en el tabaquismo) y materiales en los distintos niveles asistenciales. En este documento se excluyen otros ámbitos sanitarios asistenciales donde se da algún tipo de intervención para el tabaquismo (por ejemplo, cárceles o ayuntamientos). Además, este documento propone una homogeneización terminológica y conceptual del tabaquismo y sus intervenciones, promueve y define la asistencia interdisciplinar entre niveles asistenciales, y proporciona información y materiales para mejorar la asistencia del mismo.

Por lo tanto, este documento está dirigido a todos los profesionales de la salud del Sistema Nacional de Salud, así como a sus gestores y administradores. Confiamos que su seguimiento impacte en el manejo de este gran problema de salud que es el tabaquismo.

Material y métodos

Diseño del estudio

Para la elaboración del consenso se siguió la metodología de grupos nominales, con ayuda de una revisión de la literatura. El proyecto se efectuó en plena conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, referente de la investigación médica en seres humanos, en su última versión; y de acuerdo con la normativa aplicable sobre Buena Práctica Clínica.

Selección de participantes y primera reunión de grupo nominal

En primer lugar, se seleccionó un grupo interdisciplinar formado por 9 profesionales de la salud con gran conocimiento y experiencia en la asistencia al tabaquismo. Se incluyeron miembros de grupos de trabajo de tabaquismo de varias sociedades científicas. Más concretamente, 3 neumólogos, 3 médicos de atención primaria (AP) y 3 farmacéuticos comunitarios. Tras ello, y con supervisión metodológica, se definieron los objetivos, el alcance, los usuarios y los apartados/temas a desarrollar del documento, así como las definiciones principales (Anexo 1). Con base en esto se diseñó una revisión de la literatura.

Revisión narrativa de la literatura y reuniones focales

Con la ayuda de una experta documentalista se realizó una revisión narrativa de la literatura. Se interrogó Medline utilizando la herramienta *Clinical Queries* de PubMed y búsquedas individuales con lenguaje controlado (MeSH) y con términos de texto libre (hasta mayo de 2024). El objetivo fue identificar artículos que analizasen distintos aspectos del tabaquismo (prevalencia, impacto y manejo). Se seleccionaron revisiones sistemáticas de la literatura y metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y estudios de vida real. Además, se revisaron webs y otras fuentes de interés relacionadas con la asistencia al tabaquismo. Paralelamente se realizaron varias reuniones focales con los expertos, en las que se describieron distintos aspectos de la asistencia al tabaquismo en los distintos niveles asistenciales (ventajas, retos, recursos, procedimientos, etc.).

Con toda esta información se generaron una serie de principios generales, recomendaciones y algoritmos asistenciales preliminares.

Segunda reunión de grupo nominal

En la segunda reunión de grupo nominal se presentaron y discutieron los resultados de la revisión narrativa de la literatura, así como los principios generales, las recomendaciones y los algoritmos provisionales. Los participantes, guiados por un metodólogo, consensuaron las propuestas definitivas.

Edición del documento final

Con la revisión de la literatura y las decisiones del grupo nominal se redactó el documento definitivo, que se difundió entre los expertos para su valoración final y últimos comentarios.

Resultados

Principios generales de la asistencia al tabaquismo

La tabla 1 muestra los principios generales consensuados.

En primer lugar, es importante resaltar que el tabaquismo es una enfermedad crónica, reconocida por la Organización Mundial de la Salud, de gran impacto[1–3]. Además, el tabaquismo a menudo requiere intervenciones repetidas y múltiples intentos de abandono, ya que también es considerada como un trastorno de comportamiento según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR).

Las intervenciones sobre el tabaquismo resultan fundamentales, ya que se estima que entre el 95 y el 98% de los fumadores que intentan dejar de fumar por sus propios medios sin apoyo no lo consiguen[4,14]. Incluso, aunque muchos fumadores son reacios a solicitar tratamientos intensivos frente al tabaquismo[15,16], recibir una intervención, aunque sea breve, pueden llevarlos a la abstinencia[17–19].

En nuestro país disponemos de múltiples intervenciones que consiguen tasas de abandono importantes[20–22], pero

Tabla 1 Principios generales de la atención sanitaria al tabaquismo

#	*En relación con el tabaquismo y el fumador*
1	El tabaquismo es una enfermedad crónica y recidivante que a menudo precisa intervenciones repetidas y múltiples intentos de abandono
2	El impacto del tabaquismo es muy negativo en la salud de la población (cáncer, enfermedades respiratorias, factor de riesgo cardiovascular, etc.), y en los sistemas sociosanitarios
3	Las personas que deseen abandonar el tabaquismo tienen derecho a buscar asesoramiento sanitario
#	*En relación con las intervenciones sobre el tabaquismo*
4	Existen tratamientos eficaces que pueden aumentar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo
5	La intervención sobre el tabaquismo, para que sea eficaz y eficiente, debe ser global, integral, estructurada y adaptada a las características del fumador
6	La atención al tabaquismo debe ser interdisciplinar para cubrir eficientemente los distintos aspectos del fumador (físico, mental y social)
7	Todo fumador debe recibir al menos una intervención breve
#	*En relación con los profesionales sanitarios (médicos, enfermería, farmacéuticos, psicólogos, odontólogos, etc.) y el sistema sanitario*
8	Todos los profesionales sanitarios deben tener una formación específica en el tratamiento del tabaquismo
9	Todos los profesionales sanitarios deben ofrecer (al menos) una intervención breve al fumador
10	Todos los profesionales sanitarios deben promover la prevención y tratamiento del tabaquismo
11	Todos los profesionales de la salud implicados deben coordinarse para garantizar una atención interdisciplinar eficiente
12	Las administraciones deben garantizar la asistencia al fumador (siguiendo el marco legal y ético establecido)

para que realmente sean eficaces y eficientes estas deben ser globales (llegar a todos los fumadores), integrales, estructuradas y adaptadas a las características del fumador. Por ello es importante que todos los profesionales de la salud se formen en tabaquismo y sean proactivos en la prevención y tratamiento del tabaquismo (Anexo 2).

Y, teniendo en cuenta la magnitud del problema, el marco regulador del tabaquismo (Anexo 3) y las características de la asistencia sanitaria en España, resultan imprescindibles la implicación y apoyo de todas las administraciones y la coordinación de todos los niveles asistenciales para asegurar una identificación y tratamiento apropiado y eficiente a los fumadores.

Formatos de intervenciones sobre el tabaquismo

Existen múltiples intervenciones encaminadas a la abstinencia tabáquica que han demostrado eficacia[7,8,23–33]. La tabla 2 resume las más frecuentes y sus características (consultar Anexo 4 para mayor detalle).

Las intervenciones del tabaquismo se pueden describir en distintos sentidos. Uno de ellos es según su intensidad. Definimos intervenciones breves como aquellas que no cumplen criterios de intensiva. Las intensivas son aquellas de más de 3 sesiones de más de 10 min de contacto cada una. En cuanto a su modo de administración, estas pueden ser individuales vs. grupales[8,29], y presenciales vs. telemáticas[7,34]. Así mismo, las duraciones pueden ser variables.

Por otro lado, en cuanto a los tipos, las intervenciones sobre el tabaquismo pueden ser psicológicas[35], farmacológicas[25] o multicomponente[36]. Así mismo, en cuanto a la duración de las intervenciones, las de seguimiento superan los 6 meses.

La selección del tratamiento más apropiado se debe realizar dependiendo de las características de cada paciente, siguiendo las guías de práctica clínica disponibles[22,37,38].

Finalmente, queremos señalar el impacto que las herramientas digitales en salud están teniendo en el mundo sanitario en general. Estas pueden resultar de gran ayuda tanto para el profesional de la salud como para el fumador, aunque su desarrollo, validación, evidencia e implementación están aún en fases preliminares[7,39,40].

Niveles asistenciales en la asistencia al tabaquismo: características y funcionamiento

El abordaje del tabaquismo es transversal e implica a todos los niveles asistenciales y profesionales sanitarios.

Para ello se establecen 2 niveles asistenciales al tabaquismo: uno no especializado (AP, atención hospitalaria y farmacia comunitaria), y otro especializado (unidades de tabaquismo). Las tablas 3-5 describen sus características principales. Aunque no se describa explícitamente en las tablas, la atención hospitalaria (consultas externas e ingresados) debe seguir los mismos principios descritos para el nivel asistencial no especializado, si bien se añaden en esta las intervenciones en tabaquismo para pacientes ingresados (ver Anexo 5)[37]. Por ello resulta fundamental que cualquier profesional sanitario del ámbito hospitalario con formación en tabaquismo actúe a este nivel, y el que no lo esté intente formarse.

Los objetivos en la asistencia al tabaquismo en el nivel no especializado son los de identificar al fumador, establecer el diagnóstico, realizar la evaluación del mismo, y proporcionar al menos una intervención breve (con ofrecimiento de seguimiento). Igualmente, es un objetivo la prevención del tabaquismo en la población general[41].

Por otro lado, el objetivo del nivel especializado es el de proporcionar una asistencia integral y altamente especializada a un grupo de fumadores de características especiales (ver secciones siguientes)[13].

Tabla 2 Resumen de la evidencia sobre el consejo sanitario y las intervenciones sobre el tabaquismo

Intervención	Características	Intensidad	Duración	Eficacia (cese tabaquismo al menos 6 meses)	Profesionales de la salud implicados
Consejo sanitario	- Información verbal breve y personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos y perjuicios de seguir fumando - Su objetivo principal es motivar para el cambio, sea de actitud o de conducta	Breve	2-3 min	- 3-12%[29] - Mayor si se acompaña de materiales informativos[29] - Mayor si se repite durante largos periodos de tiempo y es dado por distintos profesionales de la salud[27,29]	Todos
Intervención 5 Aes	- Identifica fumadores - Proporciona consejo sanitario - Valora motivación para dejar fumar Ayuda a dejar de fumar - Planea el seguimiento	Breve	< 3 min	Similar al consejo sanitario[32,48]	Todos
Entrevista motivacional	- Ayuda a los fumadores a que identifiquen su problema de tabaquismo y los anima a cambiar (dejar de fumar)	- Breve - Intensiva	Variable	- Gran heterogeneidad[30] - 11-19%[30] Posiblemente mayor efecto a mayor intensidad y en combinación con otras intervenciones[30]	Todos
Intervención psicológica	- Ayuda al fumador a conseguir la abstinencia y a mantenerla	- Breve - Intensiva	Variable	- Gran heterogeneidad[23] - Habitualmente aplicada a fumadores sin intención de dejar de fumar o con comorbilidades graves	- Psicólogos
Intervención farmacológica	- TSN - Bupropión - Vareniclina - Citisiniclina/citisina	-	-	- Entre 19-34% (dependiendo del fármaco)[25]	- Médicos - Enfermería - Farmacéuticos comunitarios
Intervención de seguimiento	-	-	> 6 meses	-	Todos
Nuevas tecnologías (app, HME, RR. SS., páginas web, telemedicina, telefarmacia, correo electrónico, etc.)	- Información - Consejo sanitario - Seguimiento - Contacto con otros fumadores - Incentivos, refuerzos - Datos de salud	- Breve - Intensiva	Variable	- Gran heterogeneidad - 12-19%[7,39,40]	- Todos

app: aplicación; HME: historia médica electrónica; RR. SS.: redes sociales; TSN: terapia sustitutiva de nicotina.

Nivel asistencial al tabaquismo no especializado

Tal y como muestra la tabla 3, el nivel asistencial no especializado tiene un amplio acceso a la población general y suele ser el primer contacto del fumador con el sistema sanitario, de ahí que resulte estratégico y fundamental para el abordaje del tabaquismo.

La población general en algún momento va a contactar con AP, con atención hospitalaria o con la farmacia comunitaria, independientemente de su condición (salud, educación, edad, o sexo). Por ello, una de las funciones de estos niveles asistenciales es el de identificar al fumador o futuros fumadores, que incluyen:

- No fumadores en riesgo de iniciar el consumo de tabaco (niños y adolescentes sanos, vapeadores, niños con padres/amigos fumadores, personas en riesgo de exclusión social, pacientes con enfermedades mentales, etc.)[42,43]. A estos pacientes se les pueden ofrecer medidas de prevención y promoción de la salud.
- Fumadores que no desean abandonar el consumo de tabaco (estos pacientes deben tener al menos el diag-

Tabla 3 Ventajas y desventajas de los distintos niveles asistenciales en relación con la asistencia al tabaquismo

	Atención primaria[a]	Farmacia comunitaria	Unidades de tabaquismo
Ventajas	Acceso universal	Acceso integral y universal para población enferma y sana	Acceso a todos los recursos
	Atención temprana	Atención inmediata	Alto grado de formación
	Cercanía física	Proximidad física y distribución capilar de la farmacia	Alta tasa de éxito
	Abordaje integral sociosanitario	Servicio 24 h al día los 365 días del año	Manejo estandarizado
	Seguimiento longitudinal	Seguimiento longitudinal	Alto nivel de motivación e implicación
	Coordinación sanitaria general	Recogida de datos de salud sistematizada	Seguimiento longitudinal
	Recogida de datos de salud sistematizada		Recogida de datos de salud sistematizada
	Acceso a datos relacionados con la salud		Acceso a datos relacionados con la salud
	Acceso a la mayoría de los recursos		
Desventajas	Variabilidad en la formación	Variabilidad en la formación	Acceso limitado
	Variabilidad en la motivación e implicación	Posibilidad de cobro por servicio prestado	Atención influida por listas de espera
	Variabilidad organizativa	Sin posibilidad de prescribir o indicar fármacos financiados por la Seguridad Social	
		No acceso a datos relacionados con la salud	
		Variabilidad organizativa	

TSN: terapia sustitutiva de nicotina.
[a] La mayoría de las ventajas y desventajas son también aplicables a la atención hospitalaria.

nóstico, la evaluación del tabaquismo y una intervención breve basada en la entrevista motivacional).
- Fumadores que desean dejar de fumar (estos pacientes deben tener el diagnóstico, la evaluación y un plan de tratamiento que incluya las intervenciones y el seguimiento).

En cuanto a los recursos (humanos y materiales) disponibles en este nivel no especializado (tabla 4), estos pueden variar. Existen centros de salud, consultas externas hospitalarias o farmacias comunitarias con sus propios programas de actividades preventivas, cartera de servicios, e incluso criterios específicos en relación con la asistencia al fumador. Independientemente de esta variabilidad, el nivel asistencial no especializado dispone de los recursos suficientes para una asistencia apropiada al fumador, al menos en su etapa inicial.

Una vez identificados los fumadores, las intervenciones dependerán de su deseo de cesar el tabaquismo (tabla 4). A los que no deseen abandonar el tabaco se les realizará una intervención breve (por ejemplo, al menos las 3 primeras de «las 5 Aes»), ver tabla 7 del Anexo 4. A los que deseen intentar el cese del tabaquismo, se les realizará una evaluación exhaustiva del mismo (tipo, nivel de dependencia, motivación, etc.) y de su situación clínica. Con toda esta información se establecerá un plan de tratamiento y de seguimiento, que incluye al menos la siguiente cita. El plan de tratamiento incluirá al menos una intervención breve. En el caso de que esto se realice en una farmacia comunitaria, además se le indicará al paciente que acuda a su médico de AP con el informe oportuno.

Tras la visita inicial, la segunda se debe establecer generalmente en los 7-14 días posteriores, y las siguientes deberían producirse al mes, 3 meses y 6 meses. Es decir, una visita basal y 4 de seguimiento deberían ser obligatorias. Idealmente, también se puede contemplar otra al cabo del año de seguimiento. Esto puede cambiar en función de las características del paciente, del tratamiento farmacológico y los recursos disponibles. Se pueden realizar más dependiendo de las necesidades específicas del fumador.

En las visitas de seguimiento se evalúan distintos aspectos relacionados con el tabaquismo (eficacia en la abstinencia, síndrome de abstinencia, etc.) y con la medicación (acontecimientos adversos, adherencia, entre otros) (tabla 4). Y, con base en la evaluación, se procederá a valorar cambios o adaptaciones en el plan terapéutico (en el tipo, intensidad, modo, etc.) si se considera oportuno. En el caso de AP o en el de las consultas externas hospitalarias, dependiendo de la organización de los centros y sus recursos, parte de las visitas de seguimiento podría realizarlas enfermería, especialmente cuando se quieran reforzar ciertos aspectos como la adherencia o la educación al paciente.

El criterio de alta de los pacientes que han iniciado este cese del tabaquismo es que el fumador, tras un año, se mantenga en abstinencia.

Tabla 4 Recursos y actuaciones en el nivel asistencial no especializado al tabaquismo

	Atención primaria[a]	Farmacia comunitaria
Recursos	Médico de AP Enfermería de AP Acceso a otros profesionales de la salud: psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas Acceso a unidades de tabaquismo Otros dependientes del centro	Farmacéutico Técnicos y auxiliares de farmacia
Tipos de intervención	Identificación de fumadores (diagnóstico) Intervenciones breves e intensivas Entrevista motivacional Prescripción farmacológica Intervenciones de seguimiento Prevención del tabaquismo Derivación a otros profesionales de la salud	Identificación de fumadores Intervenciones breves e intensivas Entrevista motivacional Indicación TSN y dispensación de medicación Intervenciones de seguimiento Prevención del tabaquismo Derivación farmacéutica a otros profesionales de la salud[b]
Actuaciones 1.ª visita o contacto del fumador	*Fumadores que no desean iniciar un intento de abandono* Anamnesis y antecedentes de tabaquismo Intervención breve *Fumadores que desean iniciar un intento de abandono* Historia clínica y exploración general Anamnesis y antecedentes de tabaquismo Valoración de la dependencia Estudio del estadio del cambio Valoración de la motivación para la abstinencia tabáquica Análisis de los intentos previos y recaídas Cooximetría si disponible Otras dependiendo del paciente Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento Informe para médico de AP en el caso de la farmacia comunitaria	
Actuaciones en seguimiento del fumador	*Fumadores que no desean iniciar un intento de abandono* Intervención breve *Fumadores en un intento de abandono* Evaluación del tabaquismo (recaídas, síndrome de abstinencia, etc.) Evaluación medicación (acontecimientos adversos, adherencia) Otras dependiendo del paciente	
Criterios de alta del fumador con intento de abandono	Fumadores que tras un año de cese se mantienen en abstinencia	

AP: atención primaria; TSN: terapia sustitutiva de nicotina.

[a] Los recursos y actuaciones descritas para la atención primaria son (con sus adaptaciones correspondientes) son extrapolables a la atención hospitalaria.

[b] Remisión del paciente a otro profesional sanitario bajo ciertos criterios acordados previamente entre los mismos.

Finalmente, se establecen unos criterios de derivación al nivel asistencial especializado (unidades de tabaquismo), que son:

- Fumadores que, debido a sus comorbilidades o contexto, presenten perfiles complejos de abordaje, especialmente embarazadas, fumadores con otras adicciones y fumadores con enfermedad psiquiátrica.
- Fumadores con múltiples recaídas (3 o más), sin alta dependencia o síndrome de abstinencia.
- Fumadores con una recaída y que padecen alta dependencia y/o síndrome de abstinencia.

Tabla 5 Características de las unidades de tabaquismo

Función			
	Asistencial	- Historia clínica y exploración general - Establecimiento diagnóstico de tabaquismo - Evaluación exhaustiva del tabaquismo - Estudio del estadio de cambio y motivación - Plan terapéutico y de seguimiento	- Cuestionarios - Pruebas complementarias - Formatos de intervención: se proporcionan 3 formatos de intervención en el mismo fumador (individual, grupal, virtual), protocolizados
		- Seguimiento	- > 4 visitas al año - > 15 min cada visita - 1.ª revisión a los 7-10 días, 2.ª revisión a las 3 semanas, 3.ª y sucesivas mensualmente - Posibilidad de adaptación a las características del paciente - Seguimiento mínimo 12 meses - Si consultas individualizadas > 7 visitas de > 15 min. La basal duración $\geq$ 45 min y las consultas de revisión $\geq$ 20 min - Si consultas grupales, 7 a 9 sesiones con duración de entre 45 a 90 min - Asistencia telefónica en pacientes con dificultades para acudir a la consulta, en los que solo es necesaria una intervención menos intensa, o en aquellos en los que una intervención puntual y directa se hace necesaria
	Docente	- Pregrado - Posgrado - Formación continuada a profesionales sanitarios (centro, área sanitaria propia o ajena, etc.)	- Protocolos docentes
	Investigación	- Clínica y traslacional - Epidemiología - Genética - Innovación y diagnóstico - Tratamiento - Calidad asistencial	
	Gestión	- Coordinación en prevención y tratamiento del tabaquismo con otros centros o servicios (hospitalización, psiquiatría) o niveles asistenciales (AP) de un área sanitaria - Promover la atención al tabaquismo	- Protocolos de derivación - Protocolos de interdisciplinariedad - Procedimientos: sesiones conjuntas, herramientas de asesoramiento/consultoría y comunicación, circuitos asistenciales - Establecimiento de responsabilidades y acciones - Establecimiento de planes de actuación conjuntos
Recursos			
	Espacio físico	- Salas de consultas - Sala de exploración - Secretaría - Sala de reuniones multivalente - Sala de espera	- A tiempo completo

Tabla 5 (*continuación*)

	Materiales/técnicas	- Materiales para proyección audiovisual - Fonendoscopio, tensiómetro, cooxímetro, espirómetro, electrocardiógrafo, tallímetro, báscula, negatoscopio - Acceso a medición de cotinina y 3-OH-cotinina - HME general y específica tabaquismo - Archivo de documentación relacionada con el tabaquismo (repositorio): artículos/guías, cuestionarios, protocolos, materiales de autoayuda, etc.	
	Herramientas	- Apps - Webs - Folletos, panfletos, libros, guías - Autorregistro	
	Recursos humanos[a]	- Profesional sanitario especializado[a] - Personal administrativo	- Al menos 3 tipos: profesionales de la medicina, con un mínimo en esta categoría de 2 (este profesional, los 2 o al menos uno de ellos especialista en neumología), profesionales de la enfermería, al menos 2, y profesionales de la psicología, al menos uno - A tiempo completo
Criterios			
	Derivación	- Fumadores que, debido a sus comorbilidades, presenten perfiles complejos de abordaje[b], especialmente embarazadas, fumadores con otras adicciones y fumadores con enfermedad psiquiátrica - Fumadores con múltiples recaídas serias (≥ 3) sin alta dependencia o síndrome de abstinencia - Fumadores con una recaída y alta dependencia y/o síndrome abstinencia	
	Alta	- Abstinencia 6 meses, pero seguimiento un año	
	Reintervención	- Cualquier paciente que ha acudido a la unidad puede ser retratado	

AP: atención primaria; Apps: aplicaciones; HME: historia médica electrónica.

[a] Se define profesional sanitario especializado en tabaquismo como aquel profesional sanitario altamente cualificado en esta disciplina, experto y capacitado para prevenir, diagnosticar y tratar el tabaquismo, que trabaja con dedicación completa a este aspecto.

[b] Ejemplos de perfiles complejos: fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución; con arritmias cardíacas o hipertensión arterial no controladas; con enfermedades crónicas (nefropatía, neumopatías, hepatopatías, cardiopatías, etc.) no controladas; embarazadas o en periodo de lactancia; con enfermedades psiquiátricas.

Nivel asistencial al tabaquismo especializado (unidades de tabaquismo)

La evidencia publicada indica que la mayoría de los fumadores pueden cesar el tabaquismo siendo tratados en el nivel asistencial no especializado[13]. Sin embargo, existe un grupo de fumadores que precisan de un abordaje mucho más especializado y que pueden ser derivados a las unidades de tabaquismo[13].

Se define la unidad de tabaquismo como un servicio sanitario integrado en el contexto de un área de salud que propugna, coordina y realiza acciones en pro de la prevención y el tratamiento del tabaquismo en dicha área, en colaboración directa con otros servicios sanitarios de la misma. Los principales objetivos de un centro de estas características son 4: asistencial, docente, de investigación y de gestión (tabla 5 y Anexo 6)[44,45].

Estas unidades siguen un proceso riguroso y exhaustivo de acreditación[13].

Las unidades de tabaquismo están integradas por grupos multidisciplinares de profesionales de la salud, con dedicación completa, especializados de forma formal y acreditada en tabaquismo. Disponen de al menos 3 profesionales de la salud diferentes (medicina, enfermería, psicología). Más concretamente, en estas unidades podemos encontrar neumólogos, médicos de AP, otros especialistas médicos, psicólogos, enfermeras, nutricionistas u otros.

Sus programas de asistencia sanitaria cumplen con una serie de requisitos que incluyen la existencia probada de evidencia científica de su eficacia[44]. Además, las intervenciones que se ofrecen son intensivas y en 3 formatos diferentes (individual, grupal, virtual). Respecto al tratamiento farmacológico, estas unidades ofrecen todos los tratamientos disponibles, incluyendo la terapia combinada.

Como unidades altamente especializadas disponen de una adecuada cantidad de recursos tanto humanos como materiales para hacer una correcta prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo[45]. Destacamos la disposición de espacios de dedicación exclusiva, de protocolos asistenciales específicos, o de materiales y repositorio bibliográfico especiales. Igualmente, las unidades cuentan con todo lo necesario para la realización de procedimientos especiales, como la colorimetría, la determinación de cotinina en líquidos corporales, la determinación del *nicotine metabolite rate* en plasma, e instrumentos como espirómetros, COPD6, pulsioxímetros, etc.[44,45].

Sus actuaciones están igualmente muy protocolizadas, tanto las visitas basales como de seguimiento, según el formato de intervención (ver Anexo 6 para más información). Es conveniente señalar que los pacientes que hayan sido tratados en ellas, en caso de que tengan una recaída, deben volver a ser tratados en las mismas.

Por otro lado, en las diferentes evaluaciones que se han hecho de las mismas han demostrado ser costo-efectivas[46,47]. En el momento actual no podemos precisar con exactitud cuál sería el número de unidades de tabaquismo que nuestro país necesitaría. Desde un punto de vista asistencial, se podría hacer un cálculo aproximado pensando que alrededor del 30% de los fumadores están en fase de preparación, pero la gran mayoría de ellos podrían ser atendidos en el nivel no especializado. Solo alrededor del 25-35% de ellos necesitaría ser remitido a una unidad de tabaquismo. Si se calcula el número de fumadores españoles en 10 millones, de ellos, 3 millones estaría en fase de preparación. De estos, alrededor del 30% necesitarían acudir a una unidad de tabaquismo. Luego el número de pacientes a ser atendidos en toda España en las unidades de tabaquismo estaría alrededor de 900.000 fumadores. Pero hay que tener en cuenta que la unidad de tabaquismo no solo realiza actividades asistenciales, sino que también lleva a cabo acciones docentes, de investigación y gestoras. Todo esto hace que en el momento actual sea precipitado determinar de forma correcta el número de unidades de tabaquismo necesarias. La puesta en funcionamiento de nuevas unidades, la adecuada evaluación de sus diferentes actividades y la oportuna valoración de los recursos materiales y humanos disponibles podrán ayudar en un futuro a poder responder con más seguridad a esa cuestión.

Modelo interdisciplinar de asistencia sanitaria al tabaquismo

Definimos atención interdisciplinar como una asistencia coordinada, estructurada y protocolizada entre los integrantes de los niveles asistenciales. La interdisciplinariedad es fundamental, ya que el tabaquismo no es un conjunto de problemas con múltiples abordajes, sino un problema con posibilidad de ser abordado desde distintos niveles asistenciales y profesionales de la salud que, además, se complementan y refuerzan.

En este modelo, no se realiza una derivación en el sentido de la trasmisión de un paciente a otro profesional sanitario, sino la inclusión de otro profesional en el proceso, como parte del protocolo de la asistencia al tabaquismo. Dependiendo del tipo del paciente, cada profesional sanitario implicado asumirá un nivel de responsabilidad determinado siempre coordinado con el/los otros implicados.

La figura 1 ilustra el circuito interdisciplinar de asistencia sanitaria al tabaquismo. La figura 2 del Anexo 1 muestra un esquema del circuito.

Discusión

La alta prevalencia e impacto del tabaquismo en España hace que este sea un problema de salud pública de primer nivel[4,5]. Sin embargo, existe una gran heterogeneidad en la asistencia al fumador en España, que puede ser fuente de inequidades y de falta de eficiencia del sistema[13]. Por todo ello, en el abordaje poblacional del tabaquismo todos los profesionales de la salud y sistemas sanitarios deben estar alineados y trabajar de forma coordinada, consensuada y eficiente.

En este documento de consenso hemos analizado el contexto actual de la atención sanitaria al tabaquismo y generado un modelo de atención costo-efectivo. Para ello, se ha contado con un grupo de expertos en tabaquismo (neumólogos, médicos de AP y farmacéuticos comunitarios) que han seguido una metodología basada en los grupos nominales y en la evidencia científica. A continuación, se comentan los puntos más destacados de este documento.

El objetivo final de esta iniciativa es que en nuestro país todo paciente fumador sea identificado, evaluado, reciba al menos una intervención breve para el abandono del tabaco y que le sean ofrecidos tratamientos de eficacia científicamente demostrada[21]. Y en aquellos que, dadas sus características, se precise una atención más especializada, esta sea proporcionada en unidades de tabaquismo. Todo ello englobado en una visión holística y eficiente del tabaquismo, basada en una asistencia global e integral al fumador, en un uso equilibrado, adecuado y costo-efectivo de los recursos, y en una atención estructurada (entre y dentro de cada nivel asistencial), de carácter interdisciplinar, coordinada y estandarizada.

Uno de los aspectos más relevantes de este documento es el reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica de extraordinario impacto poblacional. Esto hace que su atención sanitaria deba estar perfectamente diseñada y organizada, deba contar con todos los actores implicados en la misma, y deba evaluar de forma crítica la eficacia y seguridad de todas las intervenciones disponibles.

Con base en lo anteriormente expuesto, teniendo en cuenta las características de nuestro sistema sanitario (estructura, organización y recursos) y para garantizar la máxima eficiencia de este en el abordaje del tabaquismo, se han establecido 2 niveles asistenciales de atención al tabaquismo: un nivel no especializado, caracterizado por su mayor alcance y universalidad (especialmente AP, atención hospitalaria y farmacia comunitaria), en el que la

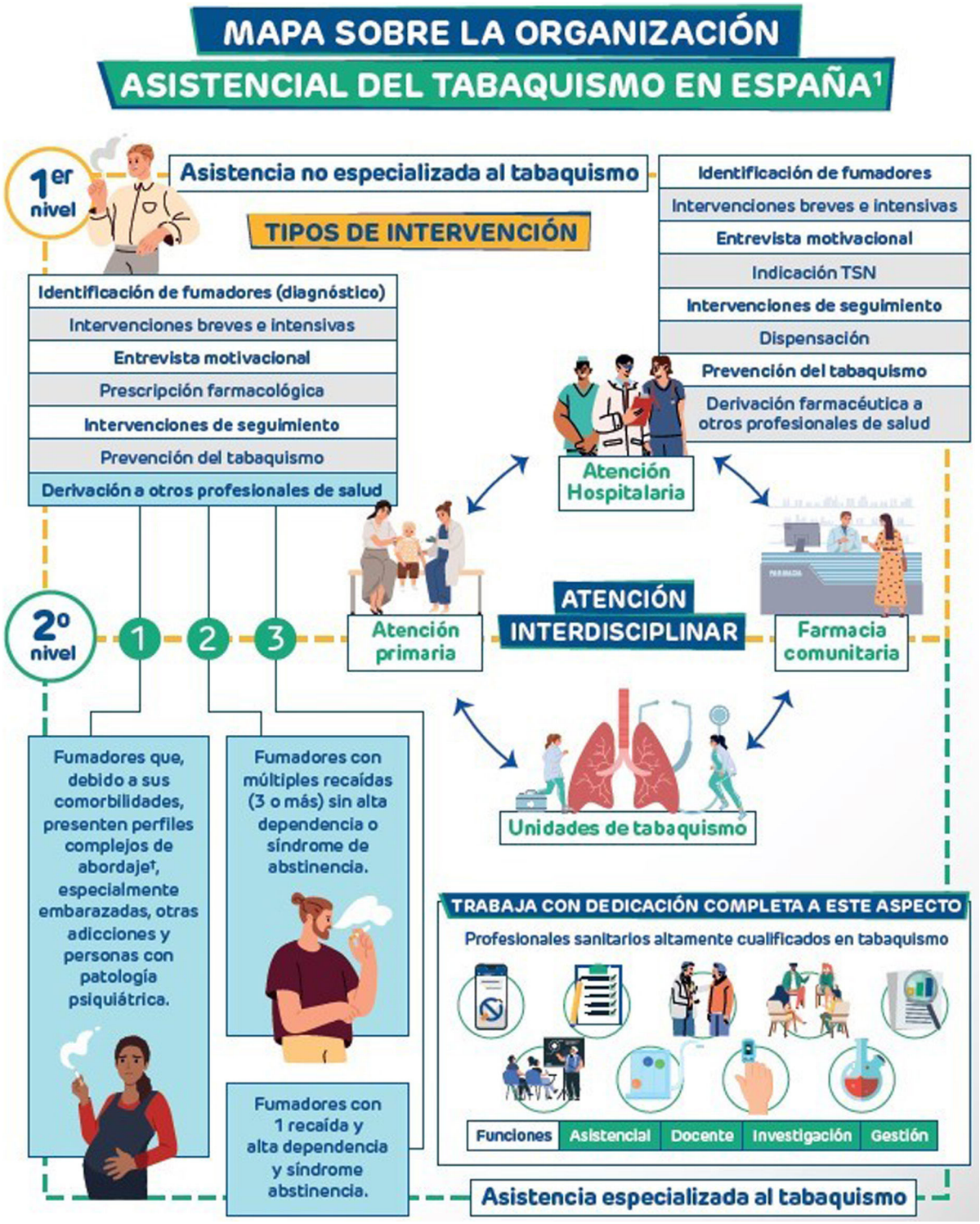

Figura 1 Niveles asistenciales en el tabaquismo, tipo de recursos, intervenciones y otras características de la atención interdisciplinar. Fuente: Elaboración propia.

identificación del fumador y las intervenciones breves consiguen incrementar significativamente el número de intentos y abandonos definitivo, ya que se realizan en un gran número de fumadores[9,10]; aunque la tasa de éxito es muy relevante, hay un subgrupo de pacientes que presentan un importante nivel de complejidad, bien por sus características clínicas, bien por su nivel de dependencia del tabaco o número de recaídas, estos pacientes precisan un abordaje más específico que en este modelo se presta en las unidades de tabaquismo[44,45]. En ellas, se proporciona una atención más especializada y ajustada a las características individuales de estos pacientes.

Sin embargo, tal y como hemos descrito, existen múltiples barreras o retos a los que hay que dar respuesta para garantizar que la atención al tabaquismo sea la descrita en este documento. Destacamos la falta de formación de los profesionales sanitarios en la atención del tabaquismo y la falta de otros recursos específicos. Igualmente, la descentralización de la asistencia y la gran variabilidad organizativa pueden dificultar la implementación de estos modelos. Por ello, se debe seguir trabajando en este ámbito. En este sentido, de nuevo queremos resaltar la importancia y necesidad de la implicación de las administraciones, así como su compromiso para trabajar conjuntamente con los profesionales de la salud en el abordaje del tabaquismo.

En resumen, en este documento hemos consensuado un modelo de asistencia sanitaria al tabaquismo integral, estructurado, interdisciplinar, coordinado y eficiente, adaptado a las características y necesidades del fumador. Esperamos que este modelo asistencial, que está dirigido a todos los profesionales de la salud y gestores sanitarios, pueda implementarse en todo el territorio nacional (con las adaptaciones que resulten precisas), para así conseguir un mejor abordaje del tabaquismo.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado por Adamed. Adamed no ha participado en la preparación, elaboración, redacción ni revisión de su contenido. Adamed no ofrece ni puede ofrecer ninguna garantía sobre el contenido del artículo y declina toda responsabilidad sobre cualquier acción o reclamación que pudiera derivarse de su publicación o del proyecto en sí mismo.

Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener conflictos de interés y no han recibido remuneración por parte del financiador (Adamed).

Agradecimientos

A la Doctora Estíbaliz Loza por su colaboración en la metodología del proyecto.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.semerg.2025.102484.

Bibliografía

1. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328:1519–27, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE.
2. Global burden of chronic respiratory diseases and risk factors, 1990-2019: An update from the Global Burden of Disease Study 2019. EClinicalMedicine. 2023;59:101936, http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101936.
3. Gu D, Sung HY, Calfee CS, Wang Y, Yao T, Max W. Smoking-attributable health care expenditures for US adults with chronic lower respiratory disease. JAMA Netw Open. 2024;7:e2413869, http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.13869.
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017 [consultado 20 Jun 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/
5. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones; 2023 [consultado 20 Jun 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf
6. Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, et al. Smoking-attributable mortality in Spain in 2016. Arch Bronconeumol. 2020;56:559–63, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbr.2020.07.005.
7. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;10, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006611.pub5. CD006611.
8. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;3, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub3. CD001007.
9. Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. [Results of a comprehensive workplace program for the prevention and treatment of smoking addiction] Spanish. Arch Bronconeumol. 2005;41:197–201, http://dx.doi.org/10.1016/s1579-2129(06)60425-4.
10. Li Y, Gao L, Chao Y, Wang J, Qin T, Zhou X, et al. Effects of interventions on smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis. Addict Biol. 2024;29:e13376, http://dx.doi.org/10.1111/adb.13376.
11. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 318, de 31/12/2010.
12. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16/09/2006.
13. Jiménez Ruiz CA, Manzano JR. Accreditation of specialist stop smoking units. Arch Bronconeumol. 2011;47:59–60, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2010.09.008.
14. Yong HH, Borland R, Hyland A, Siahpush M. How does a failed quit attempt among regular smokers affect their cigarette consumption? Findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey (ITC-4). Nicotine Tob Res. 2008;10:897–905, http://dx.doi.org/10.1080/14622200802023841.
15. Lichtenstein E, Hollis J. Patient referral to a smoking cessation program: Who follows through? J Fam Pract. 1992;34:739–44.
16. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. Addiction. 2004;99:1042–8, http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00754.x.
17. Jaén CR, Crabtree BF, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Stange KC. Making time for tobacco cessation counseling. J Fam Pract. 1998;46:425–8.
18. Roche AM, Freeman T. Brief interventions: Good in theory but weak in practice. Drug Alcohol Rev. 2004;23:11–8, http://dx.doi.org/10.1080/09595230410001645510.
19. US Public Health Service. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.
20. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2088

update [Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo]. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services; 2008 [consultado 20 Jun 2024]. Disponible en: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08_sp.pdf
21. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. 2008;53:1217–22.
22. Rábade-Castedo C, de Granda-Orive JI, Riesco-Miranda JA, de Higes-Martínez E, Ramos-Pinedo Á, Cabrera-César E, et al. Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on pharmacological treatment of tobacco dependence 2023. Arch Bronconeumol. 2023;59:651–61, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2023.07.024.
23. Barth J, Jacob T, Daha I, Critchley JA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006886.pub2. CD006886.
24. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub7. CD006103.
25. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2. CD009329.
26. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub5. CD000146.
27. Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2021;1, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013229.pub2. CD013229.
28. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub4. CD000031.
29. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;3, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3. CD001292.
30. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;7, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4. CD006936.
31. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub4. CD001188.
32. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4. CD000165.
33. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3. CD008286.
34. Fang YE, Zhang Z, Wang R, Yang B, Chen C, Nisa C, et al. Effectiveness of eHealth smoking cessation interventions: Systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2023;25:e45111, http://dx.doi.org/10.2196/45111.
35. Carrillo-Sierra SM, Cárdenas-Cáceres L, Cadrazco-Urquijo JA, Salazar-Gómez AN, Rivera-Porras D, Bermúdez V. Psychological therapies used for the reduction of habitual cigarette smoking cigarette consumption: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2024;21:753, http://dx.doi.org/10.3390/ijerph21060753.
36. Martín Cantera C, Puigdomènech E, Ballvé JL, Arias OL, Clemente L, Casas R, et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: A systematic review. BMJ Open. 2015;5, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008807.
37. Jiménez Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Riesco Miranda JA, de Higes Martinez E, Pascual Lledó JF, et al. Guidelines for the treatment of smoking in hospitalized patients. Arch Bronconeumol. 2017;53:387–94, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.11.004.
38. Antón Sanz MC, Díaz-Maroto Muñoz JL, Jiménez Ruiz CA, Méndez-Cabeza Velázquez J, de Simón Gutiérrez R. Guía de recomendaciones prácticas en tabaquismo. Madrid: International Marketing & Communication, S. A.; 2019. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/tabaquismo/BRM-707-menarini-tabaq.pdf.
39. Amiri S, Khan MAB. Digital interventions for smoking abstinence: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. J Addict Dis. 2023;41:4–29, http://dx.doi.org/10.1080/10550887.2022.2058300.
40. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007078.pub5. CD007078.
41. Nerín I, Guillén D, Mas A, Crucelaegui A. [Evaluation of the influence of medical education on the smoking attitudes of future doctors] Spanish. Arch Bronconeumol. 2004;40:341–7, http://dx.doi.org/10.1016/s1579-2129(06)60318-2.
42. Freedman KS, Nelson NM, Feldman LL. Smoking initiation among young adults in the United States and Canada, 1998-2010: A systematic review. Prev Chronic Dis. 2012;9:E05.
43. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M. Factores relacionados con el inicio en el consumo de tabaco en alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Enferm Glob. 2014;13:113–24.
44. Jiménez-Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, de Granada Orive JI, Lorza Blasco JJ, Alonso Viteri S, et al. [Guidelines for organizing and operating specialized antismoking units] Spanish. Arch Bronconeumol. 2001;37:382–7, http://dx.doi.org/10.1016/s0300-2896(01)78819-9.
45. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de tabaquismo. 3.ª ed. Toledo: Grupo Aula Médica, S. L.; 2011.
46. Godfrey C, Parrott S, Coleman T, Pound E. The cost-effectiveness of the English smoking treatment services: Evidence from practice. Addiction. 2005;100 Suppl 2:70–83, http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01071.x.
47. Jiménez Ruiz CA, Mayayo Ulibarri M, Cicero Guerrero A, Amor Besada N, Ruiz Martín JJ, Cristóbal Fernández M, et al. [Care results in a specialist stop-smoking unit] Spanish. Arch Bronconeumol. 2009;45:540–4, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2009.06.007.
48. Bartsch AL, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A systematic literature review of self-reported smoking cessation counseling by primary care physicians. PLoS One. 2016;11:e0168482, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0168482.