

Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo

José I. de Granda, Francisco Carrión, Soledad Alonso, Francisca L. Márquez, Juan A. Riesco, Ítalo Sampablo, Francisco J. Álvarez, Miguel Barrueco, José M. Carreras, Carlos A. Jiménez, Isabel Nerín, Alfonso Pérez Trullén, Juan L. Rodríguez Hermosa, Pedro J. Romero, Leopoldo Sánchez Agudo, Ignacio Sánchez, Segismundo Solano, José L. Álvarez-Sala

Área de Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Introducción

La dependencia del tabaco o tabaquismo se considera una enfermedad crónica adictiva en la última edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1995, en la que se otorga a esta drogadicción el código F-17. Diversos estudios indican que el tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. De todas las enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, etc.), es la que produce mayor morbimortalidad. En España origina 56.000 muertes cada año¹. No obstante, a pesar de estas realidades y certezas, la dependencia del tabaco es una enfermedad que tiene una alta prevalencia en la población general española. Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud señalan que afecta al 31% de los adultos mayores de 16 años de edad. Su incidencia, aunque ha disminuido algo en los varones, está aumentando en las mujeres, en los adolescentes y en los jóvenes. La alta prevalencia del tabaquismo en la población española, así como su condición de ser la primera causa evitable de muerte en nuestro país, debiera llevar a todos los profesionales sanitarios a intervenir contra esta enfermedad, con el objeto de reducir el número de individuos que se inician en el consumo del tabaco y de ayudar a los fumadores que lo deseen a que abandonen definitivamente su hábito².

Todos los estudios realizados hasta la fecha han demostrado con claridad que hay tratamientos para dejar de fumar que son eficaces y eficientes. Asimismo, se sabe que estos tratamientos tienen una relación coste-beneficio y coste-eficacia sensiblemente mejor que los de otras enfermedades crónicas³. También se sabe que la intervención terapéutica sobre el tabaquismo, para que sea eficaz y eficiente, debe ser global y estructurada. Es decir, debe extenderse a todos los fumadores y adecuarse, en su tipo e intensidad, a las características propias de cada fumador^{4,5}. Esto exige que el Sistema

Nacional de Salud disponga de un modelo de asistencia sanitaria al fumador. A continuación se expone la propuesta que realiza el Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para organizar la atención médica de los fumadores.

Modelo de asistencia sanitaria al fumador

La prestación de servicios orientados al tratamiento del tabaquismo es una labor que requiere la coordinación, concertación y vinculación de acciones y recursos de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Así se consideraba en el antiguo Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo y así se señala en la actual Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo y Reguladora de la Venta, el Suministro, el Consumo y la Publicidad de los Productos del Tabaco⁶. Sin embargo, es necesario que estas medidas pasen de las intenciones a los hechos. El objetivo está en lograr que los servicios asistenciales en materia de tabaquismo estén al alcance de todos los ciudadanos atendiendo a criterios de calidad, de recursos existentes y de máxima efectividad. Para ello es necesario proponer un modelo de atención que permita fijar y ordenar las prioridades. Este modelo debe considerar la magnitud del problema del tabaquismo, la legislación vigente y la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos.

El modelo que propone el Área de Tabaquismo de la SEPAR para organizar el control y el tratamiento del tabaquismo se basa en incorporar a cada nivel asistencial el papel que a cada uno le corresponde, procurando dotarlos de los medios materiales y personales que son necesarios para poder cumplir con la función que les es propia. Además, este modelo sugiere las acciones que debieran desarrollarse en función de los recursos disponibles, teniendo para ello en cuenta los diferentes grados de complejidad existentes, así como las posibilidades y recursos con que se cuenta. Este modelo propone una organización de la prestación de servicios para ayudar a la población a dejar de fumar estructurada en 2 niveles de atención, de forma que puedan llevarse a cabo acciones que vayan desde la prevención primaria hasta los tratamientos más especializados.

Correspondencia: Dr. J.L. Álvarez-Sala.
Príncipe de Vergara, 7. 28001 Madrid, España.
Correo electrónico: jlasw@separ.es

Recibido: 5-3-2006; aceptado para su publicación: 4-4-2006.

A modo de resumen, podría decirse que en el momento actual los diferentes niveles de actuación que deben establecerse para poner en marcha un plan sanitario de deshabituación tabáquica no son excluyentes entre sí. Tampoco deben ser independientes ni contradictorios. A juicio del Área de Tabaquismo de la SEPAR, cualquier modelo de asistencia al fumador debe contemplar un nivel o escalón básico, de actuación breve, es decir, la que todo médico (en realidad cualquier sanitario) debe ejercer. Este nivel es muy adecuado para la atención primaria, que tiene todas las características y constituye el marco ideal, por su accesibilidad y continuidad asistencial, para llevar a cabo este tipo de actividad (nivel 1). En segundo lugar, debiera existir una intervención especializada de nivel 2, que ha de ejercerse sobre fumadores con características específicas, en los que el abandono del tabaco es absolutamente imprescindible y que exige, por su complejidad, un tiempo y unos conocimientos especiales. Este segundo nivel debe establecerse y desarrollarse en consultas o en unidades especializadas en tabaquismo (UET), asentadas en el ámbito de la atención especializada bajo la coordinación de neumólogos, preferentemente, si bien las consultas especializadas, que no las unidades, podrían ubicarse, si se dieran determinadas condiciones, en el ámbito de la atención primaria. A continuación se especifican la estructura y las funciones de cada uno de estos 2 niveles de actuación.

Nivel 1 (nivel básico)

El objetivo principal de este nivel es llevar a cabo una intervención mínima en tabaquismo sobre todas las personas que acuden a una consulta médica. El marco ideal para este nivel de actuación es, por su accesibilidad y continuidad en la asistencia, la atención primaria, aunque en realidad debiera ser competencia de todo profesional sanitario, incluidos los de atención especializada². Debe tenerse en cuenta que un 70% de los fumadores entra en contacto cada año con el ámbito sanitario de la atención primaria. Por ello, los médicos que trabajan en este campo tienen numerosas oportunidades para dar consejos motivadores a los fumadores para que dejen el consumo del tabaco o, incluso, para ayudarles a que dejen de fumar con medidas terapéuticas fáciles de aplicar y explicar. El consejo antitabaco no debe durar más de 2 o 3 min. Debe ser sistematizado y ha de estar basado en el modelo de los estadios de cambio; es decir, debe hacerse más hincapié en los pacientes disonantes, en fase de preparación, que en los consonantes. Además, debe aportar folletos, trípticos y consejos impresos, esto es, información escrita para aumentar sus tasas de eficacia⁷.

La formación continuada en materia de tabaquismo en este nivel asistencial debe ser responsabilidad de estos mismos profesionales sanitarios (médicos y enfermeras). Para ello, al objeto de que su competencia al respecto sea la adecuada en todo momento, tanto unos como otros debieran poder acceder a cursos de formación y actualización impartidos por expertos en tabaquismo, con lo que conseguirían mantener su competencia, además de alcanzar la correspondiente certificación

personal que les permitiera progresar en su carrera profesional e incorporarse, si fuera el caso, a programas de investigación o docencia en el ámbito del tabaquismo.

Nivel 2 (nivel especializado)

Este nivel debe ubicarse en el ámbito de la atención especializada. La intervención de este nivel en el tratamiento del tabaquismo se justifica por varias razones: *a*) la adicción al tabaco es una enfermedad crónica que necesita, en muchos casos, un tratamiento especializado con medidas clínicas específicas, cuya realización requiere un tiempo adicional del que no suele disponerse en atención primaria; *b*) las intervenciones terapéuticas especializadas en tabaquismo han demostrado ser eficaces y eficientes, y *c*) el coste ocasionado por las enfermedades asociadas al consumo del tabaco es muy elevado y la actuación terapéutica sobre esta drogodependencia es una parte esencial del tratamiento de dichas enfermedades⁸.

Dada la estructura actual del Sistema Nacional de Salud, es imperativo disponer de consultas y de UET, cuyo objetivo primordial debe ser el tratamiento integral del fumador. Estas consultas y UET deben realizar funciones asistenciales, docentes y de investigación⁹.

La función asistencial se refiere a la prestación de atención sanitaria para ayudar a dejar de fumar. El neumólogo debe ser el encargado, preferentemente, de coordinar las consultas y las UET y de establecer, mediante la historia clínica, la recopilación de los antecedentes tabáquicos y las pruebas complementarias pertinentes (análisis de sangre y orina, determinación de cotinina, cooximetría, espirometría y otras, según los casos), el diagnóstico del tipo y grado de tabaquismo que cada fumador presenta. En consecuencia, el neumólogo debe ser el responsable, preferentemente, de indicar el tratamiento que en cada caso debe seguirse. No obstante, conviene diferenciar claramente las consultas especializadas de tabaquismo, que habitualmente, aunque no siempre, deben estar ubicadas en los servicios de neumología y que tienen un alcance más limitado, de las UET, cuya estructura, organización, funciones y competencias son mucho más ambiciosas.

El tratamiento de la enfermedad tabáquica puede ser tanto psíquico (individual o grupal) como farmacológico, y ha de acompañarse de un adecuado seguimiento del fumador, que debe durar, al menos, 6 meses. Para cumplir adecuadamente con esta función es determinante que los neumólogos que trabajan en tabaquismo puedan prescribir los tratamientos farmacológicos que han demostrado su eficacia con una evidencia científica de grado A. Dichos tratamientos debieran ofertarse gratuitamente por el Sistema Nacional de Salud a los usuarios, siempre y cuando la prescripción se hubiera realizado en una consulta especializada de tabaquismo, una UET o, alternativamente, por un neumólogo o profesional sanitario integrado en un servicio clínico, ambulatorio u hospitalario. De esta forma, el Sistema Nacional de Salud se aseguraría de la existencia de un ajustado control del gasto farmacéutico y, lo que es más importante, de la adecuada utilización de los fármacos que se

prescriban para dejar de fumar. Esto permitiría conseguir el necesario equilibrio entre los recursos disponibles, siempre limitados, y la necesidad de prestar asistencia farmacológica a los fumadores que realmente están dispuestos a dejar de fumar.

Los neumólogos que trabajen en una UET deben hacerlo, preferentemente, a tiempo completo y tener una formación específica en tabaquismo. La población diurna que deben atender las UET está formada por fumadores de características especiales. Recientemente la SEPAR, de acuerdo con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen) y la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (Sedet), ha publicado un documento de consenso en el que se establecen los criterios de derivación de fumadores desde la atención primaria a las consultas especializadas de tabaquismo o, en su caso, a las UET¹⁰. El Área de Tabaquismo de la SEPAR propone que, dado el alto grado de consenso alcanzado en dicho documento por todos los profesionales sanitarios interesados en el tema del tabaquismo, sean esos criterios los que se sigan a este respecto. En resumen, son los siguientes:

1. Fumadores que en el pasado han realizado intentos serios para abandonar el tabaco, que recibieron un tratamiento correcto por un profesional sanitario y que, a pesar de ello, fracasaron.
2. Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
3. Fumadores con arritmias cardíacas o hipertensión arterial no controladas.
4. Fumadores con enfermedades crónicas (nefropatías, neumopatías, hepatopatías, cardiopatías, etc.) no controladas.
5. Fumadoras embarazadas o en período de lactancia.
6. Fumadores con enfermedades psiquiátricas.

En las UET la función docente es imprescindible y debe ejercerse sobre los diferentes niveles educativos: pregrado, posgrado, formación continuada, personal sanitario no facultativo, área sanitaria propia o ajena, etc. Debiera pensarse incluso, en relación con el futuro desarrollo normativo del Ministerio de Sanidad y Consumo, en las denominadas Áreas de Capacitación Específica. Éstas debieran ser las encargadas de otorgar la capacitación para llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento de los fumadores, pero también para otorgar el reconocimiento de la formación alcanzada en esta materia a los profesionales sanitarios que así lo soliciten, tras cursar el oportuno programa teórico-práctico. Finalmente, es imprescindible que en las UET se investigue sobre los diferentes aspectos del tabaquismo, campo abierto y en expansión en el momento actual.

El papel del neumólogo

A continuación se exponen las razones que apoyan la conveniencia de que sean, preferentemente, los neumólogos los encargados de coordinar o dirigir las consultas especializadas de tabaquismo y, con mayor motivo, las UET.

1. Razones institucionales. Recientemente la Administración pública (antiguo Ministerio de Ciencia y Tecnología) ha identificado a las enfermedades respiratorias como una línea prioritaria de investigación en salud para el próximo cuatrienio 2005-2008. El tabaquismo es causa directa o motivo de agravación de muchas de estas enfermedades, que, por su naturaleza, competen principalmente al neumólogo, que es oficialmente, de acuerdo con la Administración sanitaria, el especialista y experto en la materia.

2. Razones epidemiológicas. La importancia de la neumología está determinada por varias razones: *a)* la alta prevalencia de las enfermedades cuyo estudio constituye su principal objetivo; *b)* la gran morbilidad que ocasionan estas enfermedades en la población general; *c)* la certeza de que en los próximos años se producirá un aumento muy importante de su incidencia y su prevalencia, y *d)* el alto coste sanitario y social asociado al control de dichas enfermedades.

Se sabe que la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es del 9% en las personas mayores de 40 años y llega a ser del 20% en los mayores de 65 años¹¹. Además, la frecuencia de esta enfermedad es la que más ha aumentado en el período transcurrido entre 1965 y 1998 (más del 193%). Por otro lado, la EPOC es causante del 12% de las consultas realizadas en atención primaria y del 10% de los ingresos hospitalarios. Además, el cáncer de pulmón es la neoplasia más frecuente en los varones españoles y su incidencia también está aumentando de manera exponencial en las mujeres en los últimos años. La relación etiológica entre estos 2 procesos, EPOC y cáncer de pulmón, y el consumo del tabaco es científicamente indudable y directa. Tanto es así que no se comprende que una correcta atención terapéutica a los pacientes afectados de estas enfermedades no se acompañe de una adecuada intervención terapéutica sobre el tabaquismo, que padece casi el 100% de ellos. A la vista de estos datos, es evidente que 2 de las 3 enfermedades que más se asocian al consumo del tabaco (EPOC, cáncer de pulmón y trastornos cardiovasculares) deben ser controladas y tratadas por neumólogos. Asimismo, no conviene olvidar que la cardiopatía isquémica tiene, además del tabaco, otros factores de riesgo, por lo que su relación con esta drogodependencia es menos unívoca. Por otra parte, los datos obtenidos en el estudio de Banegas Banegas et al¹ señalan que más de un 70% de las muertes atribuibles al consumo del tabaco en España se deben a las enfermedades respiratorias (55.613 muertes anuales, de las que 39.768, es decir, un 71,5%, son de causa respiratoria). Todos estos datos subrayan la importancia de los neumólogos en el tratamiento del tabaquismo⁸.

3. Razones científicas. A lo largo de los últimos 40 años los neumólogos españoles han ejercido un papel clave en todo lo que se refiere al control y el tratamiento del tabaquismo. Por un lado, han sido los primeros en reducir sensiblemente su propia prevalencia de consumo de tabaco. Además, hasta el 98% de ellos se muestra dispuesto a dar consejo de abandono del consumo de tabaco a todos sus enfermos, cifra ésta muy superior a la que

se observa en otras especialidades médicas¹². Por otra parte, también han sido los neumólogos españoles los primeros en dar recomendaciones sobre el tratamiento del tabaquismo basadas en la evidencia científica^{13,14} y en hacer propuestas sobre la organización y funcionamiento de las UET⁹. Además, los neumólogos han cumplido un papel indiscutible en la obtención del documento de consenso sobre el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo antes citado, que han suscrito las más importantes sociedades científicas interesadas en esta materia (SEPAR, semFYC, Semergen y Sedet). Por último, recientemente se ha puesto de manifiesto la importancia alcanzada por los neumólogos en la investigación biomédica de nuestro país. Este auge no sólo está en relación con el volumen de su producción científica, sino también con la repercusión (impacto) de los trabajos realizados y publicados^{5,8,15,16}.

4. Razones divulgativas. Aunque parezca baladí, cabe insistir en la relevancia del hecho y, por tanto, en la influencia que tiene en la población general, la circunstancia de que el fumar se relacione, intuitivamente, con los bronquios y el pulmón. No en vano el humo del tabaco entra en el organismo por la vía aérea. De ahí que se comprenda fácilmente que las enfermedades más graves y frecuentes dependientes del tabaquismo sean las respiratorias. En consecuencia, el especialista en estas enfermedades, el neumólogo, es quien debe estar más directamente implicado con el control y tratamiento especializado del tabaquismo. Es más, algunas de estas enfermedades están causadas directa y casi exclusivamente por el consumo del tabaco, y otras (en realidad, todas) se agravan en mayor o menor medida por esta drogodependencia. Por otra parte, muchas de las enfermedades respiratorias que produce el tabaco se previenen o mejoran con tan sólo evitarlo, por lo que abandonar su consumo es una medida terapéutica esencial en cualquier neumopatía.

5. Razones históricas. En los últimos años se han creado, gracias al impulso, el voluntarismo y la iniciativa de neumólogos, unidades o consultas especializadas en el tratamiento del tabaquismo en los hospitales de la red sanitaria pública. Sin embargo, al no existir una auténtica planificación para el control del tabaquismo, se ha comprobado que estas unidades atienden a cualquier fumador que quiere dejar de serlo, sin el aconsejable escalonamiento asistencial que optimiza los recursos disponibles. Esta situación ha desvirtuado los objetivos principales de las consultas especializadas de tabaquismo y de las UET, que deben estar bajo la tutela de especialistas en neumología y centrar esencialmente su actividad en el tratamiento especializado del tabaquismo, además de en la investigación y la docencia¹⁷.

Como cualquier otra actividad biomédica, las actividades asistenciales, investigadora y docente, siempre muy relacionadas, exigen la existencia, si quieren ser verdaderamente de excelencia, de profesionales bien cualificados y capacitados. Por todo lo dicho, la SEPAR estima que los neumólogos son los profesionales sanitarios mejor cualificados y más capacitados, en términos ge-

nerales, para abordar el tratamiento especializado del tabaquismo. Sin duda, son estos especialistas los más adecuados, en general, para llevar a cabo estas tareas y coordinar o dirigir las consultas especializadas de tabaquismo y las UET.

Financiación del tratamiento del tabaquismo

A lo largo de los últimos años se han realizado varios estudios de eficacia, eficiencia y coste de los diferentes tipos de medidas existentes para tratar la dependencia al tabaco. De acuerdo con los resultados de diversos meta-análisis, pueden establecerse las siguientes recomendaciones basadas en la evidencia científica:

1. A todos los fumadores que están intentando abandonar el tabaco les es útil recibir tratamiento farmacológico y apoyo psíquico (evidencia científica grado A)³.

2. Los tratamientos farmacológicos que han demostrado su eficacia para ayudar a los fumadores a dejar de serlo son el tratamiento sustitutivo con nicotina y el bupropion (evidencia científica grado A)³.

3. Los tratamientos farmacológicos del tabaquismo tienen una relación coste-eficacia muy alta y son, por tanto, muy ventajosos (evidencia científica grado A)³.

4. Los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar son más coste-eficaces que los tratamientos de otras enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, etc. (evidencia científica grado A)³.

5. La intervención terapéutica sobre el tabaquismo en los fumadores hospitalizados tiene una alta relación coste-eficacia: reduce los días de estancia hospitalaria y disminuye el número de futuros ingresos. Además, aminora los gastos hospitalarios a corto plazo (evidencia científica grado B)³.

6. La intervención terapéutica sobre el tabaquismo de los fumadores con EPOC es la única actuación que ha evidenciado su eficacia para aumentar la supervivencia de esta enfermedad y optimizar su tratamiento. Además, los estudios efectuados han demostrado su eficacia hasta 5 años después de haber realizado la intervención (evidencia científica grado A)¹⁸⁻²⁰.

7. Cuando la intervención terapéutica sobre el tabaquismo está financiada por un sistema nacional de salud, se observa que la relación coste-eficacia es mayor que cuando no se da dicha financiación (evidencia científica grado B)³.

8. En España, prolongar una consulta más de un 50% de su duración habitual, a fin de tener tiempo para dar un consejo de abandono del consumo del tabaco, provocaría gastos que oscilarían entre 12.000 y 15.000 € cada año. Sin embargo, también reportaría los siguientes beneficios: 13.692 años de vida ganados, 1.228 muertes evitadas cada año, 2.284 casos de morbilidad impedidos al año, 24.000 € ahorrados anualmente en gastos directos y 650 € ahorrados por enfermo y año en gastos indirectos²¹.

9. En España, prolongar una consulta más de un 50% de su duración habitual, a fin de tener tiempo para ofertar un tratamiento farmacológico del tabaquismo, ocasionaría más de 600.000 € de gasto al año. Sin embargo,

también daría lugar a los siguientes beneficios: 44.041 años de vida ganados, 3.952 muertes evitadas cada año, 7.345 casos de morbilidad impedidos al año, 78.000 € ahorrados anualmente en gastos directos y 3.000 € por enfermo y año en gastos indirectos²¹.

10. Una reducción del 50% en la población fumadora evitaría 30 millones de muertes en el mundo en los próximos 25 años, mientras que con una disminución en la misma proporción de los jóvenes que empiezan a fumar se ahorrarían "sólo" 4 millones de muertes en el mismo período³.

Recomendaciones sobre la financiación del tratamiento del tabaquismo

A la vista de las evidencias citadas, pueden hacerse las siguientes recomendaciones:

1. En todos los fumadores debe llevarse a cabo una intervención terapéutica sobre el tabaquismo, que ha de adecuarse a la fase de abandono en la que cada uno se encuentre.

2. Todos los fumadores deben recibir el tratamiento para dejar de fumar que sea adecuado, cuando estén dispuestos a realizar un intento serio para abandonar el tabaco.

3. Hay que alertar sobre la necesidad de abandonar el tabaco a las personas fumadoras que presenten enfermedades broncopulmonares atribuibles al consumo del tabaco, las cuales deben recibir ayuda, por parte de su neumólogo, para conseguirlo.

4. La financiación de los tratamientos para dejar de fumar ofertada de manera universal provocaría un importante gasto farmacéutico para el Sistema Nacional de Salud. Al objeto de conseguir una utilización más racional de los recursos disponibles, se propone que los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar sólo puedan ser ofertados, al menos inicialmente, por los especialistas en neumología. Además, debe incrementarse la motivación entre todos los profesionales sanitarios para que aconsejen siempre a sus pacientes el abandono del tabaco y para que deriven al neumólogo a los fumadores que estén preparados para dejar de serlo y tengan necesidad de recibir un tratamiento especializado. Esta recomendación se basa en las razones epidemiológicas, científicas e institucionales que se han expuesto más arriba.

BIBLIOGRAFÍA

- Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:692-4.
- Nerín I, Guillén D, Más A, Crucelaegui A. Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:341-7.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
- Fiore MC, Jorembly DE, Schensky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in the patients who smoke. *Mayo Clin Proc*. 1995;70:209-13.
- Jefatura del Estado. Ley 28/2005, del 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 de 27 de diciembre de 2005.
- Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:197-201.
- Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Library*. Oxford: Update software. N2; 2001.
- De Granda Orive JI, Martínez Albiach JM. Deshabituación tabáquica en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:625-33.
- Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, De Granda Orive JI, Lorza Blasco JJ, Alonso Viteri S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:382-7.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:5-41.
- Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez Ruiz CA, Villasanté C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentric epidemiological study. *Chest*. 2000;118:981-9.
- Romero Palacios P, Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, et al. El tabaquismo entre los miembros de SEPAR. Hacia un futuro mejor. *Prev Tab*. 2000;3:151-65.
- Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo M, Flórez Martín S, Ramos Pinedo A, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 1999;335:499-506.
- Jiménez Ruiz CA, Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M, et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:409-18.
- Camí J, Suñén E, Carbó JM, Coma L. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud (1994-2000). Informe del Instituto de Salud Carlos III. Fondo de Investigación Sanitaria. Disponible en: <http://www.isciii.es/fis/mapa/index.htm>
- Nerín I, Novella P, Crucelaegui A, Beamonte A, Sobradillo N, Gargallo P. Factores predictores de éxito a los seis meses en fumadores tratados en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:558-62.
- Álvarez-Sala JL, Jiménez Ruiz CA. Plan nacional de prevención y control del tabaquismo. *Rev Esp Economía Salud*. 2003;2:6-7.
- Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ*. 1994;309:937-9.
- Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides MA, et al. Smoking cessation in patients with COPD: a double-blind, placebo-controlled, randomised study. *Lancet*. 2001;357:1571-5.
- Murray PR, Bailey W, Daniels K, Bjorson WM, Kurnov R, Connett J, et al. Safety of nicotine polacriflex gum used by 3094 participants in the lung health study. *Chest*. 1996;109:438-45.
- López Nicolás A. Análisis coste-efectividad de las estrategias de cesación del hábito tabáquico. En: Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Organización Médica Colegial; 2002.