

Intervención mínima en tabaquismo en España

F. Carrión Valero, I. Furest Carrasco*, J.M. Pascual Izuel** y J. Marín Pardo

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario y *Hospital Doctor Peset. Valencia.

**Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto y C.E.

OBJETIVO: Conocer el porcentaje de fumadores que han recibido el consejo de su médico para dejar de fumar, entre los pacientes que acuden a las consultas ambulatorias de diferentes especialidades médicas, así como las características asociadas al antecedente de intervención mínima.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una encuesta anónima a 501 pacientes mayores de 14 años (230 varones y 271 mujeres), con edad media de 51,4 años, que durante el período de una semana habían acudido consecutivamente a las consultas ambulatorias de cardiología (61 pacientes), neurología (68), medicina digestiva (124), endocrinología (22), medicina interna (14), otorrinolaringología (53) y dermatología (159). En los formularios se preguntaba por su hábito tabáquico actual y, a los fumadores, si en alguna ocasión el médico les había recomendado dejar de fumar. La asociación entre el antecedente de intervención mínima y las otras variables se evalúa mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS: 1. Se encontraron 115 fumadores (22,9%). 2. De los fumadores, sólo 49 (42,6%) reconocen el consejo del médico para dejar de fumar y 66 (57,4%) no lo reconocen. 3. Se objetiva una asociación entre el antecedente de intervención mínima y las condiciones de mayor edad ($r_s = -0,246$; $p = 0,008$) y sexo masculino ($r_s = 0,244$; $p = 0,009$).

CONCLUSIONES: La escasa implantación del consejo médico para dejar de fumar en nuestro medio plantea la necesidad de desarrollar programas específicos de intervención mínima por las autoridades sanitarias españolas.

Palabras clave: Tabaquismo. Intervención mínima. Tratamiento.

(Arch. Bronconeumol 2000; 36: 124-128)

Introducción

El tabaquismo constituye una auténtica epidemia mundial por la implantación y consecuencias a lo largo de nuestro siglo. El número de muertes anuales debidas al tabaquismo en los países desarrollados es, por lo menos, de dos millones, de forma que entre los años 1950-2000 el tabaco ha sido responsable de 60 millones de

Minimal intervention for smoking in Spain

OBJECTIVE: To determine the percentage of smokers who have been counseled by a physician to quit, among patients who visit a variety of specialist clinics; to identify the characteristics associated with a history of minimal intervention.

PATIENTS AND METHODS: An anonymous survey of 501 patients over 14 years of age (230 men, 271 women; mean age of 51.4 yr) who were out patients in cardiology (61), neurology (68), digestive medicine (124), endocrinology (22), internal medicine (14), otorhinolaryngology (53) and dermatology (159) over a period of one week. The questionnaire asked if the patient smoked currently and if so, if a physician had ever recommended quitting. The association between a history of minimal intervention and other variables was evaluated using Spearman a correlation coefficient.

RESULTS: 1) One hundred fifteen (22.9%) were smokers. 2) Only 49 (42.6%) of the smokers reported that a physician had advised quitting and 66 (57.4%) reported that none had done so. 3) We found an association between a history of minimal intervention and older age ($r_s = -0.246$; $p = 0.008$) and male sex ($r_s = 0.244$; $p = 0.009$).

CONCLUSIONS: The infrequency with which physicians counsel patients to quit in our setting suggests an urgent need for the Spanish health authorities to develop programs aimed at minimal intervention.

Key words: Smoking. Minimal intervention. Treatment.

muertes en estas naciones¹. Sólo en España causa cada año más de 40.000 muertes evitables, el 13% de todas las que se producen².

A pesar de ello, el papel desarrollado por los médicos para reducir las consecuencias del tabaquismo ha sido escaso. Sin embargo, un trabajo publicado en nuestro país³ ha comprobado que en ausencia de intervención sobre el consumo del tabaco, el número de muertes aumentará en el período 1987-2020, mientras que una reducción del 40% en la prevalencia del tabaquismo entre los años 1992-2000 reduciría en 6.035 y 5.237 las muertes anuales por enfermedades cardiovasculares y por tumores malignos, respectivamente, en el año 2020,

Correspondencia: Dr. F. Carrión Valero.
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario.
Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia

Recibido: 1-6-99; aceptado para su publicación 28-9-99.

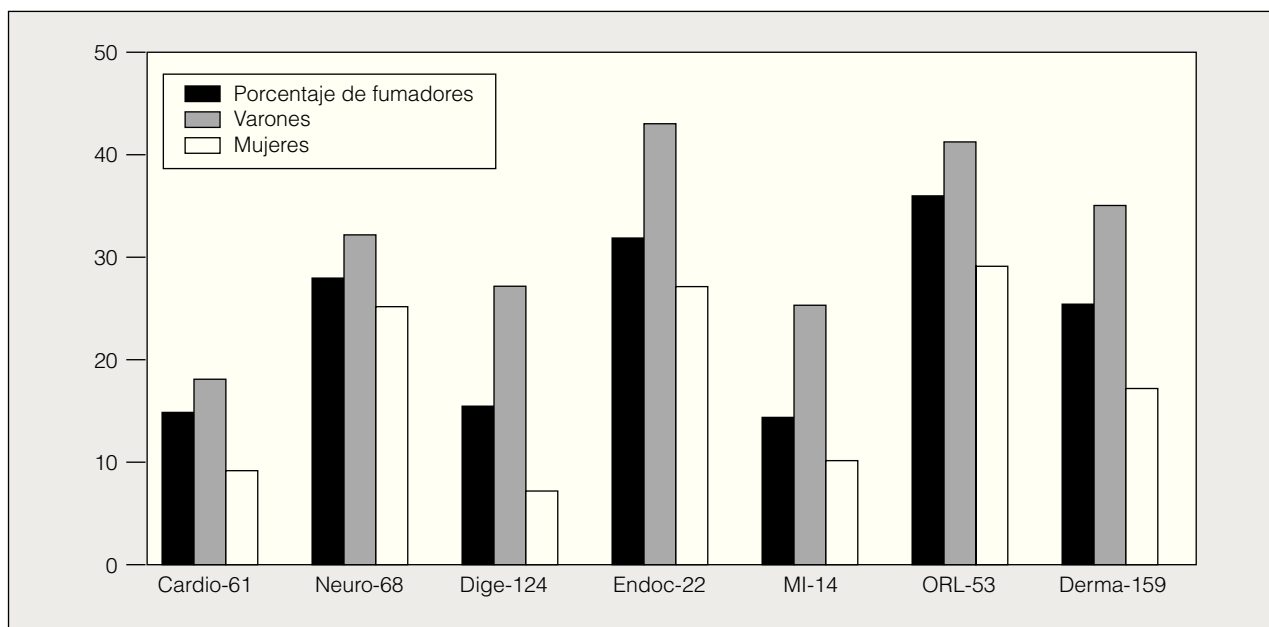


Fig. 1. Porcentaje de fumadores en las diferentes especialidades médicas consultadas. Cardio: cardiología. Neuro: neurología. Dige: medicina digestiva. Endoc: endocrinología. M.I.: medicina interna. ORL: otorrinolaringología. Derma: dermatología.

en el que se manifestarían completamente los efectos de esta intervención, aunque los beneficios ya se apreciarían en los años anteriores.

En la actualidad, la mayor parte de la actividad frente al tabaquismo que desarrollamos los médicos radica en la intervención mínima desde la consulta de atención primaria⁴. Aunque el porcentaje de abstinencias después de un año no es elevado (5-7%), al aplicarse potencialmente a una enorme población, el número de fumadores que pueden dejar el hábito por esta vía resulta muy superior al que consiguen las unidades especializadas de tabaquismo. Además, se ha señalado que en el caso de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas⁵ y otras patologías⁶, la eficacia del consejo para dejar de fumar es superior, aunque varía en función de la fase del proceso de abandono en que se encuentran los fumadores. Por estas razones, la intervención mínima en tabaquismo durante una visita rutinaria representa una de las prácticas más eficientes^{7,8}.

Por otro lado, estudios realizados en otros países han encontrado que el consejo médico para dejar de fumar se aplica con poca frecuencia^{9,10}. En nuestro país no se conocen adecuadamente ni la utilización de esta práctica asistencial por los médicos ni la percepción de la misma por parte de los pacientes. Este hecho dificulta conocer la necesidad de programas específicos para mejorar la situación y facilitar el diagnóstico y tratamiento rutinario de todos los fumadores por los médicos.

El objetivo de nuestro estudio ha sido averiguar el porcentaje de pacientes que reconocen haber sido advertidos por su médico para abandonar el tabaco, entre las personas fumadoras que son remitidas a las consultas ambulatorias de diferentes especialidades médicas o médico-quirúrgicas distintas de la neumología, así como las características asociadas al antecedente de dicho consejo.

Material y métodos

Para cumplir este objetivo, hemos realizado un estudio descriptivo mediante encuesta anónima a 501 pacientes mayores de 14 años (230 varones y 271 mujeres), con una edad media de 51,4 años (varones 54,7 años; mujeres 48,5 años; límites extremos 15-88 años), que durante el período de una semana habían acudido consecutivamente a las consultas externas de cardiología (61 pacientes; 38 varones y 23 mujeres) neurología (68 pacientes; 28 varones y 46 mujeres), medicina digestiva (124 pacientes; 52 varones y 72 mujeres), endocrinología (22 pacientes; 7 varones y 15 mujeres), medicina interna (14 pacientes; 4 varones y 10 mujeres), otorrinolaringología (53 pacientes; 29 varones y 24 mujeres) y dermatología (159 pacientes; 72 varones y 87 mujeres), en el hospital de Sagunto y centro de especialidades (325 pacientes, 65%) y en el hospital de Requena (176 pacientes; 35%), ambos de la provincia de Valencia.

Los formularios de la encuesta incluían, además del área sanitaria de la que procedían los pacientes y la consulta externa a la que se dirigían, la edad, el sexo, el hábito tabáquico actual y, en el caso de los fumadores, si reconocían que en alguna ocasión el médico les había recomendado que abandonaran el hábito tabáquico, tal como se detalla en el anexo I. Como se puede ver, además de las variables están reflejados los códigos que les fueron asignados para el análisis posterior.

Los datos se puntuaron en función de su naturaleza. En el caso de las variables cuantitativas (edad) se calcularon la media, la desviación estándar y los límites extremos, mientras que cuando se trataba de variables cualitativas (área sanitaria, consulta a la que acuden, sexo e intervención mínima), se determinó en número y porcentaje de sujetos de cada clase.

En el subgrupo de los pacientes fumadores (115 pacientes; [70 varones y 45 mujeres], edad media 43,8 años [DE 18,4 años]), con el propósito de conocer las características o factores asociados a la existencia del consejo médico antitabaco, se calculó el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (r_s) entre la variable intervención mínima y las restantes variables evaluadas, entendiéndose como significativo el valor de $p < 0,05$.

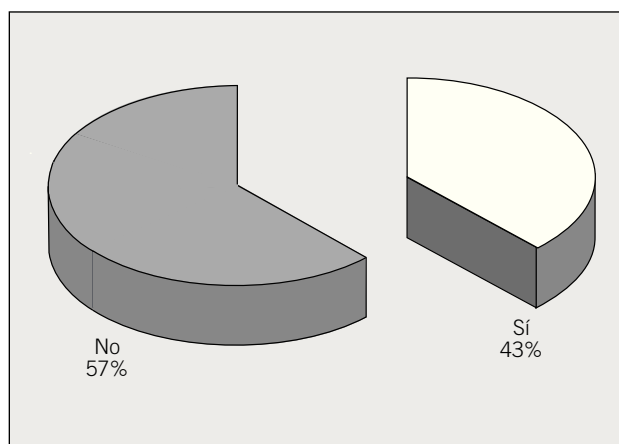


Fig. 2. Distribución de los pacientes fumadores según los antecedentes de intervención mínima en tabaquismo (IM). Sí: pacientes que reconocen la IM; no: pacientes que no reconocen la IM.

Todos los cálculos se han realizado con un ordenador personal Texas Instruments (Extensa 510) y el programa estadístico SPSS.

Resultados

Entre los pacientes había 115 fumadores (22,9%) y 386 no fumadores o ex fumadores (77,1%). Al distribuirlos por sexos, el porcentaje de fumadores ha sido: varones 30,9% (71/230) y mujeres, 16,2% (44/271).

La tasa de fumadores en las diferentes especialidades consultadas ha sido la siguiente (fig. 1):

- Cardiología, 14,7% (varones, 18%; mujeres, 9%).
- Neurología, 27,9% (varones, 32%; mujeres, 25%)
- Medicina digestiva, 15,3% (varones, 27%; mujeres, 7%).
- Endocrinología, 31,9% (varones, 43%; mujeres, 27%).
- Medicina interna, 14,3% (varones, 25%; mujeres, 10%).
- Otorrinolaringología, 35,8% (varones, 41%; mujeres, 29%) y
- Dermatología, 25,2% (varones, 35%; mujeres, 17%)

Entre los fumadores, sólo 49 pacientes (42,6%) reconocían el consejo del médico para dejar de fumar, mientras que los 66 restantes (57,4%) no reconocían dicho consejo (fig. 2). En el caso de las especialidades que presentan mayor riesgo de patología tabáquica (cardiología, otorrinolaringología y neurología), la práctica de la intervención mínima en tabaquismo era del 38,3% (18/47). Por contra, entre los pacientes que acudían a las otras consultas (medicina digestiva, endocrinología, medicina interna y dermatología) encontramos el antecedente de dicha práctica en el 45,6% (31/68).

Por otro lado, el antecedente de intervención mínima puso de manifiesto una asociación estadísticamente significativa con la edad ($r_s = -0,246$; $p = 0,008$) y el sexo ($r_s = 0,244$; $p = 0,009$), lo que implica que existía una mayor probabilidad de haber recibido el consejo antita-

baco en las condiciones de mayor edad y sexo masculino. No se ha encontrado asociación con el área sanitaria de la que procedían los pacientes ($r_s = -0,072$; $p = 0,443$) ni con la consulta a la que eran remitidos ($r_s = 0,050$; $p = 0,592$).

Discusión

En los últimos 30 años se han acumulado suficientes evidencias científicas que remarcan los beneficios para la salud del cese del hábito tabáquico^{11,12}. A pesar de ello, el tabaquismo continúa siendo el principal problema sanitario en los países desarrollados y, sorprendentemente, se le dedica una escasa atención y recursos económicos en el ámbito asistencial. Como consecuencia, la mayoría de fumadores no han sido diagnosticados ni tratados adecuadamente respecto a su tabaquismo.

Las pocas unidades especialidades de tabaquismo que existen en nuestro país, aunque desarrollan una labor intensa con buenos resultados, sólo suelen actuar sobre una mínima parte de la población fumadora¹³. Por ello, su impacto sobre la salud de la colectividad es reducida.

Por estas razones, la incorporación del tratamiento del tabaquismo en la red asistencial, junto a las medidas de ámbito social (legislación adecuada, campañas de divulgación en los medios de comunicación, etc.), puede facilitar mejores resultados. La masificación de muchas consultas de atención primaria, aunque impide una atención médica especializada en todos los casos, no dificulta excesivamente la aplicación de pequeñas intervenciones durante las visitas rutinarias.

En diversos estudios¹⁴, la eficacia de la intervención mínima en tabaquismo ha oscilado entre el 3,1% y el 15% de abstinencias después de una año. Law y Tang¹⁵ han realizado una revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones que ayudan a dejar de fumar. Al analizar los datos de 188 ensayos controlados y aleatorizados encuentran que, tras el consejo médico durante una única consulta de rutina, el 2% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1-3%) de todos los fumadores dejan de fumar. Los resultados son superiores en el caso de los fumadores con situaciones de riesgo especial (mujeres embarazadas y enfermos respiratorios o con cardiopatía isquémica). Este efecto, aunque modesto, es muy eficiente: el coste de salvar una vida asciende a 1.500 dólares.

Debido a que el 70% de los fumadores de un país desarrollado visita al médico al menos una vez al año, en el Reino Unido¹⁶ se ha señalado que si todos los médicos generales incorporaran el consejo antitabaco a su actividad profesional, medio millón de fumadores abandonarían el hábito cada año, una cifra similar a la que se conseguiría con 10.000 clínicas antitabaco.

Los estudios de coste-efectividad han puesto de manifiesto que la intervención mínima en tabaquismo es una práctica asistencial muy eficiente. En los EE.UU., en el año 1984, estos estudios evidenciaron un coste de 748 dólares por año de vida ganando para el consejo antitabaco, muy inferior al de otras prácticas médicas asistenciales rutinarias, como el tratamiento de la hipertension-

sión arterial moderada (11.300 dólares) o el tratamiento de la hipercolesterolemia, que oscila entre 65.511 y 108.189 dólares¹⁷. En España, un trabajo reciente¹⁸ ha estimado el coste por año de vida ganado del consejo para dejar de fumar en 260.000-434.000 pesetas en los varones y en 441.000-637.000 pesetas en las mujeres, lo cual, según los autores, sitúa a los métodos de cesación tabáquica entre los procedimientos sanitarios más eficientes.

Sin embargo, resulta sorprendente la escasa frecuencia con la que se aplica en la práctica asistencial, lo que sugiere que, en la mayoría de países, los médicos asistenciales todavía no ejercen con plenitud todo el potencial preventivo que poseen para la lucha contra el tabaco. En nuestra opinión, una formación insuficiente en tabaquismo y la inconsistencia con la actitud de los médicos y profesionales sanitarios fumadores pueden contribuir a ello.

Los resultados de nuestro estudio, realizado entre pacientes con enfermedades que superaban al ámbito asistencial de la atención primaria, ponen de manifiesto que el 57,4% de los fumadores no reconocen el consejo para dejar de fumar. Esta situación implica, necesariamente, que dicho consejo no se llevó a cabo o se hizo de manera que no fue percibido adecuadamente por el paciente. Los datos presentados por Anda et al¹⁹, en Michigan, son similares a los que nuestro trabajo: sólo al 44% de los fumadores que habían sido atendidos por su médico el año anterior declararon que se les había recomendado que abandonaran el consumo del tabaco. Además, en un estudio más reciente se ha señalado que sólo el 51% de los fumadores habían sido preguntados acerca de su hábito tabáquico²⁰.

Un aspecto llamativo de nuestro estudio es el menor porcentaje de intervención mínima encontrado entre las especialidades que presentan mayor riesgo de patología tabáquica (cardiología, otorrinolaringología y neurología) frente a las demás (el 39,3 frente al 45,6%). A pesar de ello, la especialidad consultada no observó una asociación estadísticamente significativa con el antecedente de intervención mínima, probablemente por el reducido tamaño de la muestra de algunos casos.

Con el propósito de mejorar estas cifras, Robinson et al²¹ han apuntado que la inclusión del hábito tabáquico como un nuevo signo vital es capaz de aumentar, desde el 50% hasta el 80%, el porcentaje de personas que reciben la intervención mínima.

Nuestros datos pueden estar influidos por la existencia de médicos fumadores y por el hecho de que en la mayoría de centros sanitarios españoles, tanto los enfermos, familiares de enfermos como todos los colectivos de trabajadores consumen tabaco en sitios prohibidos y no tienen el recato de ocultar la cajetilla. También se sabe que sólo el 32% de los médicos de familia de Canadá creen en la utilidad de su consejo a los pacientes sin enfermedades relacionadas con el tabaquismo²².

En este sentido, diversos estudios²³ han documentado tasas de médicos fumadores superiores a las de la población general española, que según la Encuesta Nacional de Salud de España se sitúa en el 36%²⁴. Probablemente, la eficacia de la intervención mínima sea menor

entre los médicos fumadores, aunque afortunadamente el estudio más reciente, desarrollado entre los profesionales del INSALUD, ha encontrado un 34,7% de médicos fumadores²⁵.

Otro aspecto llamativo de nuestro estudio es el elevado porcentaje de pacientes fumadores que hemos encontrado, un 22,9%. Aunque la cifra es inferior a la de la población general, no hay que olvidar que nos encontramos ante sujetos enfermos, con enfermedades tan importantes que pueden llegar a superar el ámbito de actuación de la atención primaria y que, con frecuencia, son consecuencia del propio tabaquismo. A pesar de que en nuestro estudio no evaluamos la práctica de intervención mínima entre los ex fumadores, probablemente muchos de ellos se beneficiaron del consejo anti-tabaco realizado por su médico.

En un reciente estudio español²⁶, la eficacia del consejo antitabaco en atención primaria a los 3 años fue del 4,5%, en comparación con el 1,2% del grupo control. Más recientemente se ha evaluado la eficacia de un plan de intervención mínima personalizada para dejar de fumar, entre los fumadores que acuden a las consultas externas de neumología⁵. A los 6 meses de seguimiento, el 43% de los sujetos en precontemplación había cambiado de fase y el 23% había dejado de fumar, mientras que el 28% de los fumadores en fase de contemplación había cambiado de fase y el 9% había dejado de fumar.

Estos resultados positivos deben animarnos aún más a facilitar el consejo para dejar de fumar a todos los pacientes. Sin embargo, Cabezas Peña et al²⁷ encontraron que en hasta el 51% de las historias clínicas de atención primaria no constaba el consumo de tabaco.

Para evaluar las posibles asociaciones entre la intervención mínima de las otras variables estudiadas, se ha calculado el coeficiente de correlación de rangos o de Spearman, que es una variante del coeficiente de Pearson, en el que en vez de medir el grado de asociación lineal a partir de los propios valores de las variables, se mide partiendo de la asignación de límites a los valores ordenados²⁸.

En nuestro estudio, el consejo médico para dejar de fumar mostró una asociación estadísticamente significativa con las condiciones de mayor edad y sexo masculino. Este hecho indica que la aplicación de la intervención mínima es más frecuente entre los varones de más edad, que a menudo presentan patología relacionada con el tabaquismo, como cabría esperar. Ni el área sanitaria de la que procedían los pacientes ni la consulta a la que acudían, que indirectamente puede reflejar diferentes patologías, se asociaron a una mayor probabilidad de haber recibido el consejo antitabaco.

En definitiva, resulta llamativa la escasa implantación del consejo médico para dejar de fumar en nuestro medio, con independencia de la especialidad consultada. Esta situación plantea la urgente necesidad de desarrollar nuevos programas específicos de intervención mínima por las autoridades sanitarias españolas, complementarios del programa de sensibilización en tabaquismo a todos los profesionales sanitarios, que ha elaborado la Dirección General de Salud Pública en colaboración con la SEPAR.

ANEXO I

Formulario para la recogida de datos y códigos empleados

Día:

Área sanitaria:

Sagunto = 1; Requena = 2

Consulta:

Cardiología = 1; neurología = 2; medicina digestiva = 3;
endocrinología = 4; medicina interna = 5;
otorrinolaringología = 6; dermatología = 7

Edad (años):

Sexo:

Varón = 1; mujer = 2

¿Es fumador habitual?:

Sí/No

En caso afirmativo, ¿le han indicado alguna vez que deje de fumar?

Sí/No

En caso afirmativo, ¿quién?

El médico/un familiar/otros

BIBLIOGRAFÍA

- Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Health C Jr. Mortality from smoking in develop countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- González J, Rodríguez F, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo del tabaco en España. Corrección y actualización de datos. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 79.
- Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM, González Enríquez J, Villar Alvarez F, Guasch Aguilar A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 644-649.
- Marín Tuyá D, Salvador Llivina T. Intervención mínima en el tabaquismo desde la atención primaria de salud. En: Escarrabill Sanglas J, editor. Limitación crónica al flujo aéreo. Barcelona: Doyma S.A., 1989; 31-46.
- Jiménez Ruiz CA, Barruero Ferrero M, Carrión Valero F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez Moragón E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.
- Schwartz JL. Methods for smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991; 12: 737-753.
- Salleras L, Pardell H, Saltó E, Martín G, Serra L, Plans P et al. Consejo antitabaco. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (Supl 1): 109-117.
- García Hidalgo A. Intervención mínima frente al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 114-123.
- Prochazka A, Koziol McLain J, Tomlinson D, Lowenstein SR. Smoking cessation counseling by emergency physicians: opinions, knowledge, and training needs. *Acad Emerg Med* 1995; 2: 211-216.
- Jaen CR, Stange KC, Tumiel LM, Nutting P. Missed opportunities for prevention: smoking cessation counseling and the competing demands of practice. *J Fam Pract* 1997; 45: 348-354.
- Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA* 1997; 278: 1759-1766.
- Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998; 279: 604-608.
- Sánchez Agudo L. Tratamiento especializado del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 124-132.
- Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MJ, Flórez Perona S, Ramos Pinedo A et al. Normativa sobre el tratamiento del tabaquismo. Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Doyma, S.A., 1997.
- Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1933-1941.
- Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
- Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261: 75-79.
- Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.
- Anda RF, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987; 257: 1916-1919.
- Goldstein MG, Niaura R, Willey-Lessne C, DePue J, Eaton C, Rakowski W et al. Physicians counseling smokers. A population-based survey of patients' perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1313-1319.
- Robinson MD, Laurent SL, Little JM Jr. Including smoking status as a new vital sign: it works! *J Fam Pract* 1995; 40: 556-561.
- Sullivan P, Kothari A. Right to bill may affect amount of tobacco counselling by MDs. *CMAJ* 1997; 156: 241-243.
- Carrión Valero F, Fernández Llopis J, Plaza Valía P. Tabaquismo en sanitarios. Identificación de factores asociados. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 379-383.
- Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- Estudio epidemiológico. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD, 1998. Programa de prevención del tabaquismo en profesionales sanitarios. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comas Fuentes A, Suárez Gutiérrez R, López González ML, Cuelo Espinar A. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 283-293.
- Cabezas Peña C, Vives Argilagós A, Ballvé Moreno JL, Berengué Iglesias MD, Monteverde Curto X, Calero Muñoz S et al. Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas: consumo y consejo antitabaco. *Aten Primaria* 1996; 18: 309-313.
- Colton T. Estadística en medicina. Barcelona: Salvat, 1979; 227-236.