

Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa

M.L. Rodríguez Ibáñez^a, A. Pérez Trullén^b, M.L. Clemente Jiménez^c, I. Herrero Labarga^d, V. Rubio Arribas^a y E. Sampetro Martínez^a

^aCentro de Salud Irún Centro. Irún. ^bServicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza. ^cCentro de Salud Perpetuo Socorro. Huesca. ^dServicio de Neumología del Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

OBJETIVOS: Conocer la frecuencia, las características y el seguimiento de la prescripción sanitaria antitabaco en los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria (AP); valorar la opinión de los pacientes sobre el consejo sanitario antitabaco recibido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado en AP. Sujetos: muestra aleatoria de 330 pacientes entre 15 y 75 años que acudieron a las consultas de AP durante los meses de marzo y abril de 2000. Mediciones: encuesta confidencial autoadministrada sobre hábito tabáquico, enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco, prescripción sanitaria antitabaco recibida y opinión sobre el consejo sanitario antitabaco.

RESULTADOS: La prevalencia de fumadores era del 31,9% (100). Considerando el conjunto de fumadores y ex fumadores (162), el 29,2% (47) recibió consejo antitabaco del médico de AP, 11,8% (19) del especialista, el 8,7% (14) del personal de enfermería, el 3,1% (5) del farmacéutico y el 21,1% (34) de la familia. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la prescripción sanitaria antitabaco y el sexo o la edad, pero sí con la presencia de una enfermedad crónica. El 65% (54) de las personas que habían recibido consejo antitabaco consideraron que el tiempo empleado en dicho consejo fue adecuado. En el 12% (10) de las ocasiones, además del consejo, se entregó un folleto informativo. El 40% de los fumadores refiere que dejaría de fumar si su médico se lo aconsejase, y el 45% lo haría si tuviese una enfermedad relacionada con el tabaco. El 33% de los fumadores opina que debe recibir prescripción sanitaria antitabaco en todas las consultas, mientras que el 38% sólo si tuviera una enfermedad relacionada con el tabaco.

CONCLUSIONES: La prevalencia de fumadores que acuden a las consultas de AP es elevada. La prescripción sanitaria antitabaco es baja, su recuerdo y seguimiento son mínimos. Tras averiguar el hábito del paciente y estudiarlo, siempre efectuaremos una prescripción facultativa antitabaco, asesorando y realizando el seguimiento oportuno.

Palabras clave: Tabaquismo. Consejo médico o prescripción facultativa. Atención Primaria. Intervención mínima.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 241-246)

Specialist medical prescription or medical counseling in primary care: opinions from the other side of the table

OBJECTIVES: To estimate the frequency, characteristics and follow-up of anti-smoking counseling given to patients using a primary care facility; to survey patient opinion of anti-smoking advice offered.

MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional, descriptive study at a primary care facility. Subjects: random sample of 330 patients between 15 and 75 years of age using the primary care facility in March and April 2000. Measurements: confidential survey by self-administered questionnaire on smoking, chronic disease related to smoking, anti-smoking advice given and patient opinion of anti-smoking counseling by health care givers.

RESULTS: The prevalence of smoking was 31.9% (100). Among patients who were either smokers or ex-smokers (162), advice to stop smoking had been received from the primary care physician by 47 patients (29.2%), from a specialist by 19 (11.8%), from a nurse by 14 (8.7%), from a pharmacist by 5 (3.1%), and from family by 34 (21.1%). We found no statistically significant differences related to gender or age for advice to stop smoking, although the presence or absence of chronic disease did affect counseling. Fifty-four (65%) of those who had been advised to quit considered that the time spent counseling was adequate. Ten patients (12%) received an informative brochure in addition to counseling. Forty smokers (40%) stated that they would quit smoking if their doctor advised them to and 45 (45%) would do so if they had a smoking-related disease. Thirty-three smokers (33%) believed that they should receive advice about smoking at all visits to the doctor, whereas 38 (38%) believed such counseling was appropriate only if the visit was for a smoking-related disease.

CONCLUSIONS: The prevalence of smoking among patients who use primary care facilities is high. The frequency of advice to quit smoking is low, and reminders and follow-up are minimal. After learning a patient's habits and studying them, professional anti-smoking advice should always be given, with appropriate monitoring and follow-up.

Key words: Smoking. Physician or staff counseling. Primary care. Minimal intervention.

Introducción

Hoy día está claramente establecido el efecto nocivo del tabaco para la salud y el beneficio que el cese de su consumo reporta, de modo que se ha llegado a definir al tabaco como la primera causa prevenible de enfermedad

Correspondencia: Dra. M.L. Rodríguez Ibáñez.
B.º Iurre, 12, 3B.
20400 Tolosa. Gipuzkoa.
Correo electrónico: kutturru@euskalnet.net

Recibido: 6-2-01; aceptado para su publicación: 17-4-01.

e incapacidad en las sociedades industrializadas¹⁻⁴. Según las últimas estimaciones publicadas en 1992, en España fueron atribuibles al tabaco el 14,7% de las muertes producidas, siendo las principales causas el cáncer broncopulmonar (27,8%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20%), la cardiopatía isquémica (14,5%) y la enfermedad cerebrovascular (12,6%)⁵⁻¹⁰.

A pesar de ello, según la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1997, el 35,7% de los españoles mayores de 15 años son fumadores, con una distribución por sexos del 44,8% en varones y el 27,2% en mujeres¹¹. En el País Vasco, según la Encuesta Vasca de Salud realizada entre las personas mayores de 16 años, en 1997 había una prevalencia global de fumadores del 29,1%, un 35,2% de los varones y un 23,4% de las mujeres^{12,13}.

El consejo médico antitabaco o prescripción facultativa ha demostrado su eficiencia tanto particular como por su repercusión en la sociedad¹⁴⁻¹⁸, por lo que es recomendado por las diferentes sociedades científicas. Entre ellas, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria^{14,19-23}. Dicho consejo debe ser personalizado, y su eficiencia aumenta si se acompaña de documentación escrita y del apoyo de otros profesionales sanitarios²³⁻²⁷.

La consulta de atención primaria (AP) ofrece una de las mejores oportunidades para la identificación, el tratamiento y el seguimiento de los fumadores, dada la relación entre el personal sanitario y el paciente. Anda et al²⁸ encuentran que en los Estados Unidos el 76% de los fumadores ha consultado con su médico de AP en el último año, pero de ellos sólo el 41% ha recibido consejo antitabaco por parte del mismo. Analizando la prevalencia del consejo y los factores de riesgo cardiovascular, sólo encuentran una diferencia estadísticamente significativa en aquellos pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio. Los estudios realizados en España encuentran una prevalencia de consejo antitabaco del 45% en AP y del 42,6% en especialidades^{29,30}, siendo los pacientes de mayor edad y los de sexo masculino los que recibían con mayor frecuencia consejo antitabaco. Respecto a la relación patología/consejo, la enfermedad vascular (en un amplio concepto que incluía hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y diabetes mellitus) era la única que presentaba una relación estadísticamente significativa con el consejo antitabaco³⁰⁻³².

Por otro lado, los médicos encuestados refieren que, en general, aquellos fumadores que acuden a la consulta con síntomas o problemas de salud directamente relacionados con su hábito reciben casi en su totalidad (> 95% de los casos) consejo activo de deshabituación tabáquica por parte del profesional³³. Si el propio paciente plantea la cuestión, aunque no presente síntomas, alrededor del 90% de los profesionales responderá activamente, aconsejándole que abandone el hábito. Mientras que el porcentaje de médicos con actitud activa frente a aquellos fumadores que no plantean el tema ni presentan síntomas oscila entre el 60 y el 70%³³.

Los estudios de calidad asistencial demuestran que conocer nuestra práctica habitual sirve de estímulo para mejorar la atención sanitaria; dado que en una consulta médica hay siempre una transferencia de información médico-paciente; conocer la opinión del paciente es fundamental en este *feed-back*³⁴.

Hemos diseñado este estudio con dos objetivos: conocer la frecuencia, las características y el seguimiento de la prescripción sanitaria antitabaco que se realiza a los pacientes que acuden a un centro de salud de AP y valorar la opinión del paciente sobre el consejo sanitario antitabaco.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal, ubicado en AP, en el Centro de Salud Irún Centro de Irún (Gipuzkoa), centro adscrito al PAPPS, que además colabora con las campañas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar promovido por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Pacientes

Los sujetos estudiados fueron una muestra aleatoria de 330 pacientes de edades comprendidas entre 14 y 75 años que acudieron a la consulta de AP durante los meses de marzo y abril de 2000. Se trata de una muestra calculada para una población de 26.720 habitantes, con una prevalencia de consumo de tabaco del 29%, un riesgo α del 5%, un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de pérdidas previsible del 5%. Utilizamos los siguientes criterios de exclusión: negación del paciente a participar, déficit mental o alteración psíquica que impida contestar al cuestionario, edad inferior a 14 años o superior a 75 años, por ser el rango de edad de actividades del programa del adulto del PAPPS.

Metodología

El médico de AP entregó al paciente un cuestionario confidencial, autoadministrado y validado que fue cumplimentado en la sala de espera. En caso de dificultades en la lectura, escritura o en su correcta interpretación, el personal sanitario del centro ayudó al encuestado a responder el formulario.

El cuestionario recogía preguntas relacionadas con su hábito tabáquico, valoración de enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco (enfermedad respiratoria crónica, enfermedad y/o factores de riesgo cardiovascular), prescripción sanitaria antitabaco (prevalencia, características, recuerdo y seguimiento), y opinión de los fumadores sobre el consejo médico antitabaco.

Las definiciones de fumador, ex fumador y no fumador se realizaron siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{35,36}.

Estudio estadístico

Los datos recogidos fueron procesados mediante los programas informáticos Dbase III plus y SPSS/PC+. Utilizamos en el análisis univariante para las variables cuantitativas la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión y en las variables cualitativas la frecuencia. En el análisis bivariante, dado que se trataba de variables cualitativas, empleamos la comparación de proporciones mediante la χ^2 , con sus correspondientes condiciones de aplicación.

Resultados

De las 330 encuestas, 17 fueron rechazadas por defectos en su cumplimentación. Se obtuvieron 313 cuestionarios de pacientes de edades comprendidas entre 15 y 75 años, siendo la media de $43 \pm 15,7$ años. Por sexos el 42,8% (134) fueron varones y el 55,6% (174) mujeres; de éstas el 4% (7) estaban embarazadas y en el 1,6% (5) no constaba el sexo.

La prevalencia de consumo de tabaco fue del 31,9% (100), siendo fumadores el 20,2% (35) de las mujeres y el 44,8% (60) de los varones.

Considerando el conjunto de fumadores y ex fumadores (162) el 29% (46) de éstos había recibido consejo de su médico de AP y el 12% (19) del especialista (fig. 1).

En las tablas I, II y III se presenta el porcentaje de consejo emitido por los diferentes estamentos según la edad, el sexo y la presencia o ausencia de enfermedad crónica en el encuestado. Se encontró que la familia aconsejaba con más frecuencia a los fumadores de edades comprendidas entre 25 y 44 años ($p = 0,01$), no observándose diferencias estadísticamente significativas en las variables consejo de los profesionales de la salud y edad. En cuanto al sexo, no encontramos diferencias

TABLA I
Relación entre el consejo administrado por los diferentes estamentos y la edad del receptor de dicho consejo

Años	C. médico EAP			C. especialista			C. enfermera			C. farmacéutico			C. familia		
	N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p
≤ 24	3	6,4		0	0		1	7,1		1	20		8	23,5	
25-44	18	38,3		9	47,4		6	42,9		4	80		19	55,9	
45-64	21	44,7	0,05	9	47,4	0,08	6	42,9	0,45	0	0	0,09	6	17,6	0,01
≥ 65	5	10,6		1	5,3		1	7,1		0	0		1	2,9	
Total	47	100		19	100		14	100		5	100		34	100	

C. médico EAP: consejo del médico de atención primaria; C. especialista: incluye el consejo de los médicos de todas las especialidades distintas de medicina familiar y comunitaria y/o médicos generalistas; C. enfermera: consejo del personal de enfermería, tanto de atención primaria como especializada; C. farmacéutico: consejo del personal de farmacia; C. familia: consejo de familiares y amigos del fumador.

TABLA II
Porcentaje de consejo emitido por los distintos estamentos según el sexo del encuestado

	C. médico EAP			C. especialista			C. enfermera			C. farmacéutico			C. familia		
	N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p
Mujer	12	25,5		5	26,3		4	28,6		5	100		14	41,2	
Varón	32	68,1	0,09	12	63,2	0,2	9	64,3	0,6	0	0	0,07	20	58,8	0,7
No contesta	3	6,4		2	10,5		1	7,1		0	0		0	0	
Total	47	100		19	100		14	100		5	100		34	100	

C. médico EAP: consejo del médico de atención primaria; C. especialista: incluye el consejo de los médicos de todas las especialidades distintas de medicina familiar y comunitaria y/o médicos generalistas; C. enfermera: consejo del personal de enfermería, tanto de atención primaria como especializada; C. farmacéutico: consejo del personal de farmacia; C. familia: consejo de familiares y amigos del fumador.

TABLA III
Prescripción antitabaco según la presencia o ausencia de enfermedad crónica del paciente

		C. médico EAP		C. especialista		C. enfermera		C. farmacéutico		C. familia	
Enfermedad crónica	Sí	N	29	14	10	1	19				
		%	63	73,7	71,7	20	55,9				
	No	N	17	5	4	4	15				
		%	37	26,3	28,6	80	44,1				
p		0,001		0,004		0,02		0,28		0,53	
Enfermedad respiratoria	Sí	N	14	5	2	1	11				
		%	30,324	26,3	14,3	20	32,4				
	No	N	32	14	12	4	23				
		%	69,6	73,7	85,7	80	67,6				
p		0,14		0,80		0,82		0,97		0,17	
Enfermedad cardiovascular	Sí	N	19	11	9	0	7				
		%	41,3	57,9	64,3	0	20,6				
	No	N	27	8	5	5	27				
		%	58,7	42,1	35,7	100	79,4				
p		0,05		0,009		0,007		0,09		0,22	

C. médico EAP: consejo del médico de atención primaria; C. especialista: incluye el consejo de los médicos de todas las especialidades distintas de medicina familiar y comunitaria y/o médicos generalistas; C. enfermera: consejo del personal de enfermería, tanto de atención primaria como especializada; C. farmacéutico: consejo del personal de farmacia; C. familia: consejo de familiares y amigos del fumador.

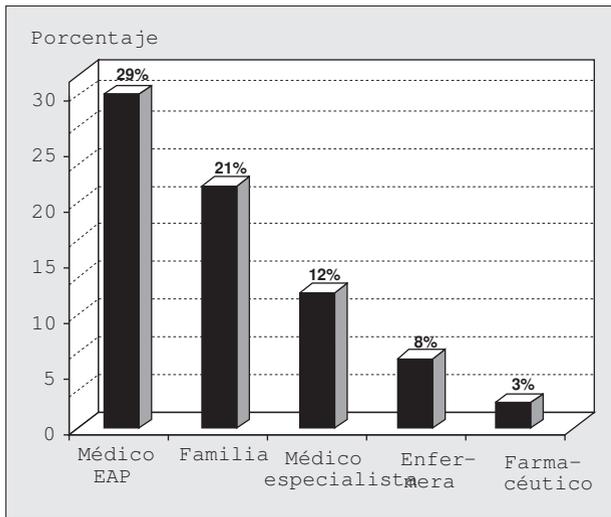


Fig. 1. Porcentaje de consejo antitabaco recibido. Médico EAP: médico del equipo de atención primaria; Familia: familiares y amigos del fumador; M. especialista: incluye a los médicos de todas las especialidades distintas de medicina familiar y comunitaria y/o médicos generalistas; Enfermera: personal de enfermería, tanto de atención primaria como especializada; Farmacéutico: personal de farmacia.

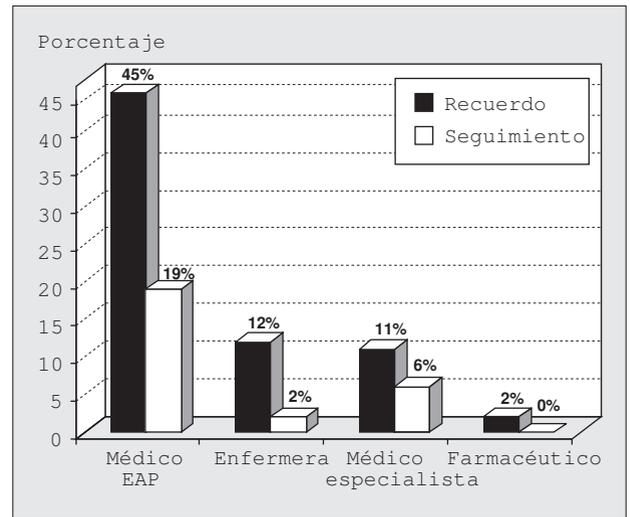


Fig. 2. Porcentaje de recuerdo y seguimiento del consejo según el facultativo que lo emite. Médico EAP: médico del equipo de atención primaria; Familia: familiares y amigos del fumador; M. especialista: incluye a los médicos de todas las especialidades distintas de medicina familiar y comunitaria y/o médicos generalistas; Enfermera: personal de enfermería, tanto de atención primaria como especializada; Farmacéutico: personal de farmacia.

estadísticamente significativas en ninguno de los grupos. Se observó que los médicos, tanto de AP como de medicina especializada, y el personal de enfermería aconsejábamos con más frecuencia a aquellos pacientes diagnosticados de las enfermedades estudiadas (médico de AP, $p = 0,001$; especialista, $p = 0,004$; enfermera, $p = 0,02$).

En el grupo de pacientes que habían recibido consejo sanitario antitabaco (78) se analizó el momento de emisión del consejo, la duración, la entrega de documentación escrita como refuerzo y la continuidad de la actuación sanitaria, obteniéndose que el 78% (61) fumaba en el momento de recibir el consejo, el 5% (4) no fumaba y un 16% (13) no contestaba. El tiempo empleado en dicho consejo fue considerado adecuado en el 65% (54), excesivo en el 5% (4), breve en el 6% (7) y el 17% (14) no contestaba. Respecto a la entrega de documentación escrita como refuerzo a dicho consejo, ésta fue administrada en el 12% (10) de los casos. Analizando la continuidad de la prescripción sanitaria antitabaco mediante recuerdos y seguimiento. El 45% (35) de los aconsejados había recibido recuerdo del médico de AP, mientras que el 11% (9) lo recibieron del especialista. En el 19% (15) de los aconsejados se había realizado un seguimiento por el médico de AP frente al 6% (5) del especialista (fig. 2).

Preguntados los fumadores si dejarían el hábito tabáquico si su médico se lo aconsejase, el 40% (40) respondió que sí lo haría, el 45% (45) sólo si tuviera una enfermedad relacionada con el tabaco y el 10% (10) no dejaría.

El 33% de los fumadores consideraron que deben recibir prescripción facultativa antitabaco siempre en todas las consultas, mientras que el 38% sólo si tuvieran una enfermedad relacionada con el tabaco (fig. 3).

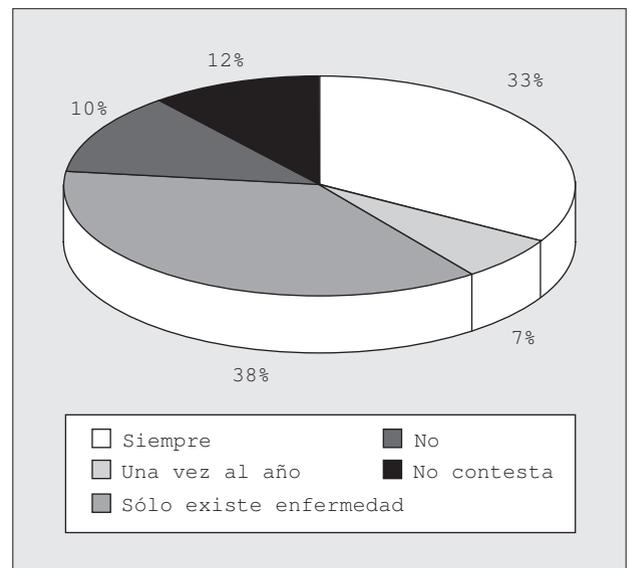


Fig. 3. Opinión sobre la frecuencia de consejo antitabaco.

Discusión

El personal de AP está situado en una posición estratégica para realizar programas de medicina preventiva debido al gran porcentaje de personas que asiste; se calcula que el 60-65% de la población consulta a su médico al menos una vez al año y al cabo de 2 años más del 95% ha visitado al menos una vez al médico³⁷. Para mejorar esta actividad es fundamental conocer el punto de vista del paciente.

Se detectó una prevalencia de fumadores del 31,9%. Si bien esta cifra es inferior a la correspondiente a la pobla-

ción general en el Estado español (35,7%), es superior a la esperada para el País Vasco (29,1%), probablemente debido a que este estudio trata sobre pacientes que acuden a consultas de AP y no sobre una población general^{11,13}. Aunque según la bibliografía la prevalencia global del consumo de tabaco ha disminuido en el País Vasco¹² en los últimos años, sigue siendo inquietante el elevado número de fumadores tanto varones como mujeres.

El consejo médico antitabaco ha demostrado claramente su efectividad, que se ve aumentada si se acompaña de un folleto informativo o una guía práctica para dejar de fumar, del apoyo por el personal de enfermería y del seguimiento por parte de ambos profesionales^{23-25,38-41}. Dado que este trabajo se realizó en un centro de AP adscrito al PAPPS y que colabora con las campañas antitabaco del Servicio Vasco de Salud, *a priori* eran de esperar resultados mejores que los de otros centros de salud de características diferentes. Sin embargo, sólo el 29% del conjunto de fumadores y ex fumadores había recibido consejo del médico de AP, porcentaje muy inferior al encontrado en otros trabajos, entre los que destacamos a nivel nacional el de Comas et al²⁹, que refiere un porcentaje de consejo del 45%. Respecto a la medicina especializada Carrión et al³⁰ obtienen un porcentaje de consejo del 42,6%, claramente superior al 12% de nuestro estudio. Encuestada la población general, Anda et al²⁸ señalan que en los Estados Unidos el 44% de los fumadores refería haber recibido consejo de su médico de cabecera para dejar de fumar. Según datos más recientes, Thorndike et al⁴² afirman que solamente al 67% de los pacientes que acudían a las consultas médicas se les identificaba o preguntaba por su hábito tabáquico y que sólo al 21% se les aconsejaba el cese. En los farmacéuticos disminuye considerablemente la tasa de consejo, con un 3%. Aunque según cifras del Estudio-Libro Blanco de Farmacia⁴³, cada español mayor de 14 años es objeto de una actuación sanitaria en la farmacia en un promedio de 4,5 veces al año y que el 25% de los usuarios de una farmacia no adquieren ningún fármaco-producto, pero sí solicitan consejo o información sanitaria.

Al contrario de los resultados obtenidos por Carrión et al³², que objetivan una asociación entre el antecedente de intervención mínima y las condiciones de mayor edad ($r_s = 0,246$; $p = 0,008$) y sexo masculino ($r_s = 0,244$; $p = 0,009$), no encontramos relación estadísticamente significativa entre el consejo sanitario y la edad o el sexo del paciente. Sin embargo, la edad sí que influye en el consejo de la familia, que aconseja más a los encuestados con edades comprendidas entre 25 y 44 años. Observamos una relación estadísticamente significativa entre la presencia de una enfermedad crónica y el consejo del médico de AP, el especialista y el personal de enfermería.

El porcentaje de recuerdo va del 45% en el médico de AP al 2% en el farmacéutico, y el seguimiento oscila entre el 19% en el primer caso al 0% en el segundo, por lo que podemos considerarlos muy bajos en todos los casos.

Aunque los diversos estudios demuestran que la eficacia de la intervención mínima antitabaco oscila entre el 5 y el 10%²³, en nuestra encuesta el 40% de los fuma-

dores responde que dejaría de fumar si su médico se lo aconsejase, debiendo añadir a éstos el 45% que lo haría si tuviese una enfermedad relacionada con el tabaco. Pensamos que estos datos deben estimularnos en nuestra tarea.

El PAPPS recomienda preguntar sobre el consumo de tabaco cada 2 años de forma sistemática a todos los adultos que acuden a las consultas de AP, así como aconsejar su abstinencia a todos los fumadores en todas las visitas que realicen a AP^{15,44}. Podríamos definir a la intervención mínima antitabaco según los criterios del National Cancer Institute⁵⁵, ampliados por Pérez-Trullén con la regla de las “7 aes” (averiguar, aconsejar, agrupar, asesorar, ayudar, acordar, abstinencia consolidada)⁴⁶. Estos consejos parecen excesivos a algunos profesionales que temen obtener en sus pacientes el efecto contrario al deseado con dicha intervención. Se observó que el 33% de los fumadores cree que debe recibir consejo en todas las consultas, y un 38% sólo si tuviera una enfermedad relacionada con el tabaco, lo cual, según nuestra opinión, es debido al elevado número de fumadores precontemplativos que nos consultan.

Por tanto, concluimos que la prevalencia de fumadores que acuden a las consultas de AP es elevada. La prescripción sanitaria antitabaco es baja, su recuerdo y seguimiento son mínimos. Tras averiguar el hábito del paciente y estudiarlo, siempre efectuaremos una prescripción facultativa antitabaco, asesorando y realizando el seguimiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández ML, Gual A, Cabezas C. Drogodependencias. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace de España, 1999; 1: 692-705.
2. Rodríguez R, Bueno A, Pueyos A, Espigares M, Martínez MA, Gálvez R. Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. España. Med Clin (Barc) 1997; 108: 121-127.
3. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. Br Med J 1976; 2: 1525-1536.
4. Banegas JR, González J. Impacto sanitario y mortalidad atribuible al consumo de tabaco. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, S.L., 1998; 111-124.
5. González J, Villar F, Benegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc) 1997; 109: 577-582.
6. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. Br Med J 1997; 315: 973-980.
7. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environment tobacco smoke. Br Med J 1997; 315: 980-988.
8. Rodríguez B, Bueno A, Espigares M, Martínez MA, Gálvez R. Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. Med Clin (Barc) 1997; 108: 121-127.
9. Fornells JM, Borrás JM. El tabaco como factor de riesgo coronario. Aten Primaria 1987; 4: 35-38.
10. González J, Rodríguez F, Martín J, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Med Clin (Barc) 1989; 92: 15-18.
11. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
12. Lekuona J, Anitua C. Evolución del tabaquismo en la Comunidad Autónoma del País Vasco de 1986 a 1997. Salud pública. Boletín Epidemiológico de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, 1999; 7: 8-10.

13. Anitua C, Aizpura F, Sanzo JM. Encuesta de salud 1997. Vitoria-Gazteiz: Departamento de Sanidad. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1998.
14. Pérez-Trullén A, Sánchez L. Guías prácticas de deshabituación tabáquica: ¿análisis coste-efectividad? Arch Bronconeumol 1999; 35 (Supl 3): 89-94.
15. Kottke TE, Barrista RN, DiFrisie GH, Brekke ML. Attributes o successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA 1988; 259: 2882-2889.
16. Cummings SR, Rubin S, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA 1989; 261: 75-79.
17. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez E, Galí N, Guayata R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. Med Clin (Barc) 1995; 104: 49-53.
18. Borrell i Carrió F. Eficacia del consejo antitabaco en atención primaria de salud. Aten Primaria 1987; 4: 1-2.
19. Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galán S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. Med Clin (Barc) 1997; 109: 744-748.
20. Zimmerman RK. Promoción de la salud. Medicina de familia. Principios y práctica (5.ª ed.). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999; 63-66.
21. Gaona ML. Usuario fumador. Guía de actuación en atención primaria. semFYC. Barcelona: EdiDE, 1998; 257-261.
22. Córdoba R, Delgado MT, Botaya M, Barberá C, Lacarta P, Sanz C. Protocolo de tabaco en atención primaria. FMC 1995; 2 (Supl 3): 6-13.
23. Grupo de Trabajo de Tratamiento del Tabaquismo de Área de Tabaquismo. SEPAR. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 499-506.
24. 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.
25. Subías PJ, García-Mata JR, Pérula de Torres L. Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros adscritos al Programa de Actividades Preventivas de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria 2000; 25: 383-389.
26. Nebot M, Martín C, Cabezas C. Tabaquismo. Curso a distancia de prevención en atención primaria, módulo 2: prevención de las enfermedades cardiovasculares. semFYC. Barcelona: Renart, 1998; 67-80.
27. Clemente ML, Pérez-Trullén A. Cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Barcelona: Boehringer Ingelheim, 1997.
28. Anda RF, Remington PL, Sienko DG et al. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. JAMA 1987; 257: 1916-1919.
29. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. ¿Aconsejamos a los fumadores? El punto de vista del paciente. Actas del XII Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, diciembre de 1992, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1992.
30. Carrión F, Furest F. ¿Se realiza intervención mínima en tabaquismo en nuestro país? Arch Bronconeumol 1995; 31 (Supl 1): 24.
31. Fowler G.H. Smoking and coronary heart disease. Eur Heart J 1999; 20: 1617-1618.
32. Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín J. Intervención mínima en tabaquismo en España. Arch Bronconeumol 2000; 36: 124-128.
33. Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Salleras L. Tabaco y profesionales de la salud en España. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, S.L., 1998; 191-209.
34. Gené J. ¿Qué hacer para mejorar? Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Dupont Pharma, S.A., 1997; 200-219.
35. Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 1999.
36. Anto JM. Educación sanitaria y tabaquismo. Consideraciones sobre las campañas de educación sanitaria y el consejo individual en la práctica médica. Aten Primaria 1987; 4 (Supl 1): 44-48.
37. Gené J, Jiménez J, Martín A. Historia clínica y sistemas de información. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace de España, 1999; 1: 258-274.
38. Coleman T. Recomendaciones a fumadores para la deshabituación: ¿es posible enfocarlas de manera efectiva? Resp Update Aten Primaria 2000; 1: 1-3.
39. Van Berkel TFM, Boersma H, Roos-Hesselink JW, Erdman RAM, Simoons ML. Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. Eur Heart J 1999; 20: 1773-1782.
40. Abanades JC, Díaz S, de la Figuera M, Taboada M, Palancar JL, Vinyoles E. Tabaquismo. Programas básicos de salud. Programa del adulto. semFYC. Madrid: Doyma, 1997; 87-116.
41. De Granada JI, Peña T, Reinares C, Escobar J, Martínez JM, Sáez R et al. ¿Reciben consejo médico antitabáquico los asmáticos jóvenes? Prev Tab 2000; 2: 17-21.
42. Thorndike AN, Rigotti NA, Staford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. JAMA 1998; 279: 604-608.
43. Estudio-Libro Blanco de Farmacia. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid: Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1997.
44. Trepka MJ, DiGiuseppi C. Tabaquismo. Guía de medicina clínica preventiva. US Preventive Services Task Force (ed. esp.). Barcelona: Medical Trends, S.L., 1998; 476-486.
45. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockeville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.
46. Pérez-Trullén A, Marrón R. Guías prácticas de deshabituación tabáquica: ¿qué son, por qué y cómo utilizarlas? Arch Bronconeumol 1999; 25 (Supl 3): 84-88.