

Intervención para mejorar el registro del hábito tabáquico en un centro de salud.

An intervention to improve smoke habits register in a primary care center.

A. Maldonado Díaz¹; M. A. Hernández Gómez¹, N. J. Sánchez Sánchez¹, M. T. Alves Pérez², P. Gayoso Diz^{3,4}

1 CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. JUAN XXIII, 6. 32003. OURENSE. ESPAÑA.

2 ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE OURENSE. JUAN XXIII, 19. 32003.OURENSE. ESPAÑA.

3 CENTRO DE SALUD DE OROSO. RÚA CAMIÑO INGLÉS. S/N. 15888. OROSO. A CORUÑA. ESPAÑA.

4 INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE SANTIAGO (IDIS), A CHOUPANA S/N, 15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Adalid Maldonado Díaz. e-mail: adal555_12@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Obtener la variación en el registro de tabaquismo en la historia clínica electrónica (HCE) de los facultativos de atención primaria (AP) tras realizar una campaña de concienciación, en un centro de salud (CS) urbano.

Diseño: Estudio de intervención con evaluación pre y post (18 meses) dirigido a médicos de familia (MF). Se incluyeron médicos con estabilidad en la plaza (>6 meses), que aceptaron participar y se evaluaron las historias de los pacientes (edad > 15 años).

Método: Coincidiendo con la "Semana Sin Humo de semFYC" se realizaron dos intervenciones (mayo 2015 y 2016) sobre médicos dirigidas a mejorar el registro del tabaquismo en HCE. Se realizaron sesiones clínicas, revisión de recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), carteles, recordatorios individuales, etc.

El estudio cuenta con aprobación del CEI de Galicia Cod. Reg. 2015/141.

Resultados: De los 20 médicos que trabajan en el CS, se analizaron los registros realizados por 9 (45%) médicos. En total se analizaron datos de 13109 pacientes correspondientes a los 9 cupos. En el primer registro pre intervención, estaban registrados como fumadores 676 (5,16%) pacientes. En diciembre de 2015, a los 6 meses de la intervención, se incrementaron a 835 (6,37%) pacientes y en el tercer registro (diciembre de 2016) eran 957 (7,3%) los pacientes registrados.

Conclusión: Una intervención de concienciación en tabaquismo mejora el registro en historia clínica.

Palabras clave: Tabaquismo; Atención Primaria; Diagnóstico; Valoración; Prevalencia.

SUMMARY

Objective: To obtain the variation in the smoking register in the electronic medical record (EMR) of Primary Care(PC) Doctors after conducting an awareness campaign, in an urban Health Center (HC)

Design: Intervention study with pre and post evaluation (18 months) focused on Family Doctors (FD). Doctors with stability in their workplace (>6 months) who accepted participate were included and medical records of the patients(Age>15 years old) were evaluated.

Method: two interventions in family doctors during "Semana sin humo, Semfyc" (May 2015 and May 2016) in order to improve smoking habits register in EMR were done. Clinical sessions, review of recommendations of the Program of Preventive Activities and Health Promotion (PAPPS), posters, individual reminders, etc. were carried out.

This study was approved for an Autonomic Ethical Committee (CEIC-Galicia 2015/141)

Results: We analyzed the registers of 9(45%) doctors, of the 20 that works in our Health center. 13109 patients assigned to these 9 doctors were analyzed. Were registered as smokers 676 (5.16%) patients, n the first pre-intervention registry. In December 2015, at 6 months of the intervention, they increased to 835 (6.37%) patients and in the third registry (December 2016) were 957 (7.3%) registered patients.

Conclusions: An awareness-raising intervention in smoking improves registration in medical record.

Keywords: smoke, primary care, diagnosis, evaluation, prevalence.

INTRODUCCIÓN

Fumar es causa conocida de cáncer, enfermedad cardiovascular (ECV), complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre más de 25 problemas de salud¹. En general, la mayoría de las personas sabe que el consumo de tabaco es perjudicial, pero no es consciente de la dimensión del riesgo asociado, es decir, las probabilidades que tiene de sufrir discapacidad o muerte prematura debido a ello².

Según la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (ESEE 2014), la prevalencia de fumadores es de 23% (27,6% en hombres y 18,6% en mujeres) alcanzando la cifra más baja en las últimas décadas³

La evolución de la mortalidad atribuible a tabaco en los últimos quince años muestra una disminución del consumo en varones y un aumento en mujeres⁴. El descenso de la mortalidad por CP es mayor entre los hombres más jóvenes decreciendo con la edad. Desde finales de los años 80, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón (CP) aumentó significativamente entre mujeres de 55 años y mayores, siendo mayor su aceleración a partir del año 2000 y nivelándose con la tasa en hombres entre los años 2000 y 2007⁴. De forma global se estima que en 2012 se produjeron 165 muertes diarias por causas atribuibles al consumo de tabaco. Aunque los estudios muestran una disminución de la prevalencia global de tabaquismo, el número de muertes atribuibles al mismo ha aumentado en los últimos 20 años⁵.

La consulta de Atención primaria representa el primer nivel de abordaje de actividades preventivas, entre ellas el tabaquismo⁶. La utilización de las consultas de AP es cada día mayor. Se estima que en España el 75% de personas acude a su médico de familia (MF) al menos una vez al año, lo que proporciona al profesional y al sistema sanitario múltiples oportunidades de abordar el problema del tabaquismo, tanto informando como ayudando a los interesados en abandonar su consumo^{1,6,7}.

La estrategia con mayor evidencia de efectividad es la denominada «las 5 aes»^{1,8,9}. Consta de 5 pasos: preguntar a toda persona que acuda a consulta si fuma o no (A1), en su caso, darle consejo sanitario para dejar de fumar (A2) y valorar su disposición para hacer un intento de abandono (A3). Si muestra deseo de dejar de fumar, el clínico debe ayudarle ofreciéndole asesoramiento, con técnicas conductuales y medicación adecuada (A4) y acordar revisiones de seguimiento (A5)¹⁰. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) recomienda interrogar en cada visita sobre consumo de tabaco a personas mayores de 10 años y registrarlo en la historia clínica (recomendación grado A, USPSTF). La periodicidad mínima de esta detección debe ser bianual, no siendo necesario reinterrogar a los mayores de 25 años en quienes se tenga constancia en historia clínica que nunca han fumado. Todos los fumadores deben recibir consejo claro y personalizado para el abandono del tabaco, debe ofrecerse ayuda para dejar de fumar y fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejarlo (recomendación grado A, USPSTF)^{1,11,12}.

Múltiples estudios muestran que los médicos de familia (MF) no abordan en la práctica clínica esta intervención en la forma que lo establecen las Guías de Práctica Clínica GPC¹⁵⁻¹⁸. Es difícil identificar otro condicionante de salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención. Las cargas de trabajo crecientes en las consultas de AP, la falta de sensibilización de los profesionales o la percepción de no tener suficiente formación para el consejo en consulta están entre las causas que podrían explicar este déficit. Por ello, se hace necesario desarrollar estrategias sostenibles, dirigidas a mejorar el abordaje del tabaquismo en las consultas de atención primaria⁶. La identificación de los fumadores en sí misma incrementa las tasas de intervención de los profesionales⁹, en un metaanálisis la presencia de un sistema de identificación aumentó

la intervención de los clínicos (odds ratio [OR] 3,1, IC del 95%: 2,2-4,2)¹³. A pesar de ello, el registro de tabaquismo en historia clínica (HC) es muy bajo, incluso entre profesionales motivados con este problema. Un estudio preliminar realizado en 2014 en una consulta de nuestro centro de salud, mostró que el 59,2% de las historias revisadas no tenían registro de tabaquismo¹⁴.

El objetivo de este estudio es conocer el impacto de una intervención de sensibilización, realizada en MF, sobre la calidad de registro de hábito tabáquico en la historia clínica electrónica (HCE) en un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio prospectivo de intervención dirigida a mejorar el registro del tabaquismo en HCE, sin grupo control, con medición pre y post intervención de las variables de resultado, Población de estudio: centro de salud urbano en Ourense (CS Novoa Santos) con una población adscrita al mismo de 28161 habitantes mayores de 15 años. Se incluyeron en el estudio todos los MF que se comprometieron a participar en las intervenciones y firmaron el consentimiento informado, con estabilidad en su plaza mayor a seis meses y permanencia en la misma hasta el último registro. Se excluyeron del estudio los pediatras y los MF con ausencias o bajas en su puesto de trabajo > 1 mes. De los MF incluidos se revisaron las HCE de las personas asignadas, salvo las pertenecientes a: menores de 15 años; desplazados que fueron atendidos en el centro durante el periodo de estudio; y éxitus. Figura 1.

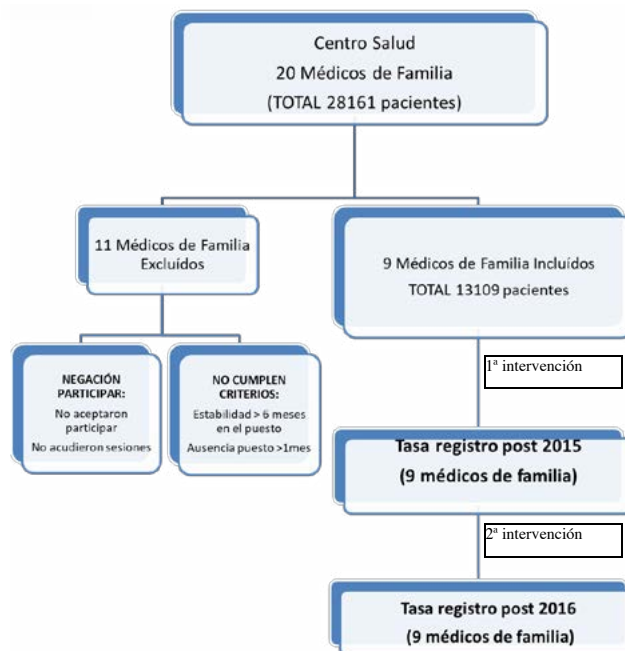


Figura 1. Diagrama de la inclusión y exclusión de Médicos de familia en el estudio.

Intervención: Coincidiendo con la “Semana Sin Humo” promovida por semFYC se realizaron durante los años 2015 y 2016 sendas intervenciones anuales sobre los MF centradas en sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de identificar y registrar el hábito tabáquico en la HCE. Se desarrollaron sesiones con periodicidad semanal, durante los meses de mayo de 2015 y 2016, de abordaje del tabaquismo, impartidas por residentes de medicina familiar y comunitaria. Consistieron en sesiones clínicas, bibliográficas,

presentación de resultados y revisión de recomendaciones PAPPs. Además, durante el mismo periodo se realizaron acciones de refuerzo: difusión por correo electrónico de carteles y recordatorios individuales

Variables de estudio: De los MF: edad, sexo, historia tabáquica, turno de trabajo, años de antigüedad en el centro y condición de tutor o no tutor de residentes. De cada MF incluido se obtuvo el listado de pacientes con episodio "Abuso de Tabaco" (CIAP P17) en el momento basal (T0- abril 2015), seis meses después de la primera intervención (T1- diciembre 2015) y seis meses después de la segunda intervención (T2-diciembre 2016). De los pacientes registrados se recogieron edad y sexo.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de las características de médicos y pacientes. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje y las continuas como media \pm desviación estándar, mediana [mínimo-máximo]. La hipótesis de normalidad de las variables se testó mediante el test de Kolmogorov- Smirnov. Se realizaron pruebas paramétricas/no paramétricas (según condiciones de aplicación) para determinar las características (de profesionales y de pacientes) asociadas a la variabilidad en el registro de hábito tabáquico en la HCE: Chi-Cuadrado, T-Student, U de Mann- Whitney. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo un p-valor <0.05 . Los análisis se realizaron utilizando SPSS 22.0 y Epidat 4.1.

Aspectos éticos. El protocolo cuenta con el dictamen favorable del Comité Territorial de Ética de Investigación correspondiente, con código 2015/141.

RESULTADOS

Las características de los profesionales y los fumadores se detallan en la tabla 1.

TABLA 1. Características de la muestra global de pacientes fumadores registrados y de los facultativos participantes en el estudio

Variable	Características de los Facultativos (n=9)	Características de los pacientes fumadores n(%) (n=957)
Sexo (mujer) n (%) IC95%	5 (55,6%) [1,20-86,30]	447(46,7%) [43,50-49,92]
Edad media (IC95%)*	57,43 (\pm 3,64) [54,63-60,23]	49,73(\pm 13,55) [48,87-50,59]
Turno n (%)		
Mañana	6(66,7%) [29,93-92,56]	-
Tarde	2(22,2%) [2,81-60,01]	-
Deslizante	1(11,1%) [0,28-48,25]	-
Tutor (si) n (%)	5(55,6%) [1,20-86,30]	-
Cupo n (%) (<1450)	5(55,6%) [1,20-86,30]	-
1451-1500	2(22,2%) [2,81-60,01]	-
>1500	2(22,2%) [2,81-60,01]	-

*IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

En el momento basal pre-intervención (T0), de las 13109 personas asignadas a los 9 cupos analizados, 676 (5,16%) estaban registradas como fumadoras; tras la primera intervención (T1) ascendieron a 835 (6,37%) y a 957 (7,3%) tras la segunda intervención (T2). En T1 el incremento del registro fue significativamente mayor que el obtenido en T2 ($p=0.031$). El aumento de registro en T1 fue estadísticamente significativo ($p=0,006$) no así en T2, ya que, aunque aumentó respecto a T0, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,600$). Se encontraron diferencias significativas en el número de registros según el sexo del MF ($p<0,001$) Figura 2.

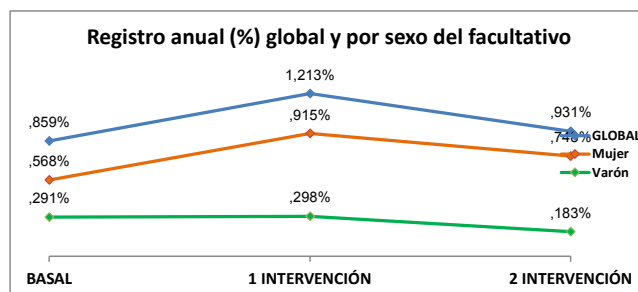


Figura 2. Evolución del porcentaje de registro anual de pacientes fumadores tras las intervenciones, global (n° de registros anuales/Total de pacientes) y según el sexo del facultativo.

Las variables de los MF asociadas a diferencia en la respuesta a la intervención se presentan en la tabla 2.

TABLA 2. Evolución de los registros de tabaquismo en el centro de salud (número de pacientes/año). Total registrado: Número total de pacientes registrados y porcentaje [IC al 95%] respecto al total de pacientes adscritos al centro de Salud.

Variable	Basal	Primera intervención	Segunda intervención	p-valor
Edad media (pacientes) IC 95% para la media	51,07(\pm 13,10) [48,63-53,51]	47,67(\pm 14,61) [45,38-49,96]	45,01(\pm 13,26) [42,63-47,39]	$<0,001^*$
Total pacientes/año	113	159	122	$<0,001$
Médico Varón IC 95 %	38 (33,63%) [24,48%-42,78%]	39(24,53%) [17,53%-31,53%]	24(19,67%) [12,21%-27,14%]	$<0,001$
Mujer	75 (66,37%) [57,22%-75,53%]	120 (75,47%) [68,47%-82,47%]	98(80,33%) [72,86%-87,79%]	
Turno Mañana	73 (64,60%) [55,34%-73,86%]	68 (42,77%) [34,76%-50,77%]	58(47,54%) [38,27%-56,81%]	$<0,001$
Tarde	29 (25,66%) [17,17%-34,16%]	52(32,70%) [25,10%-40,31%]	31(25,41%) [17,28%-33,55%]	
Deslizante	11(9,74%) [3,83%-15,64%]	39(24,53%) [17,53%-31,53%]	33(27,05%) [18,76%-35,34%]	
Tutor Si	43(38,05%) [28,66%-47,45%]	93 (58,49%) [50,52%-66,46%]	57(46,72%) [37,46%-55,98%]	$<0,001$
No tutor	70(61,95%) [52,55%-71,34%]	66 (41,50%) [33,54%-49,48%]	65(53,28%) [44,02%-62,54%]	
Cupo (<1450)	75 (66,37%) [57,22%-75,53%]	74(46,54%) [38,47%-54,61%]	70(57,38%) [48,19%-66,56%]	$<0,001$
1451-1500	23 (20,35%) [12,49%-28,22%]	28(17,61%) [11,38%-23,85%]	12(9,84%) [4,14%-15,53%]	

Variable	Basal	Primera intervención	Segunda intervención	p-valor
>1500	15 (13,27%) [6,58%-19,97%]	57(35,85%) [28,08%-43,62%]	40(32,79%) [24,05%-41,53%]	
Medico Fumador	31(27,43%) [18,77%-36,10%]	41(25,79%) [18,67%-32,90%]	36(29,51%) [21,01%-38,01%]	<0,001
No Fumador	6(5,31%) [0,73%-9,89%]	8(5,03%) [1,32%-8,74%]	5(4,10%) [1,34%-9,31%]	
Ex fumador	76(67,26%) [58,16%-76,35%]	110(69,18%) [61,69%-76,67%]	81(66,39%) [57,60%-75,19%]	
TOTAL REGISTRADO	676(5,16%)	835(6,37%)	957(7,3%)	<0,001

*P-valor: test Chi cuadrado. *Anova de un factor

De los 957 fumadores registrados, 510 (53,3%) eran varones. La edad media fue 49,72 años, IC 95% (48,76-50,59) siendo en mujeres fumadoras 48,58 +12,75 y en varones fumadores 50,73 +14,14, (p=0.014). También se encontraron diferencias en la edad media de los pacientes registrados siendo más jóvenes los pacientes registrados tras la segunda intervención (p<0,001). Figura 3.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes con registro de tabaquismo y el sexo del médico que registra (p=0,081).

DISCUSIÓN

En este estudio se muestra la efectividad de una intervención sencilla, reproducible, realizada por residentes de MF en un centro de salud dentro de las actividades programadas de equipo, en el incremento de registro de tabaquismo en la historia clínica de los pacientes. Además, este incremento se mantuvo a los dos años.

La prevalencia del tabaquismo en España sigue siendo alta (23%), aunque ha disminuido en los últimos años, 8.1 puntos a raíz de la legislación antitabaco (del 32 al 23%)¹⁹. En nuestro estudio se confirma que el registro de fumadores activos es muy bajo¹⁴, por lo que se necesitan estrategias para mejorar el registro en la HCE por parte de los MF⁶. La intervención para promover el abandono del tabaquismo debe partir necesariamente de un buen registro con identificación de la población en riesgo¹⁶. Por el impacto de AP, diversos autores consideran el tabaquismo como un indicador de morbimortalidad evitable imputable a atención primaria^{6,20}.

En cuanto a las características de la población analizada, se encuentra un mayor registro en los tramos medios de la vida, siendo la edad media de las mujeres fumadoras 3 años menor que los varones, confirmando el incremento de prevalencia de tabaquismo en mujeres²¹⁻²⁴. Como muestran diferentes autores, el registro debe mejorar en todos los tramos de edad, en menores de 40 años porque supone disminuir el riesgo de mortalidad por patología asociada a tabaquismo, y en mayores de 50 y 60 años porque disminuye la mortalidad global y es factor de riesgo independiente de riesgo cardiovascular²⁵⁻²⁹.

Hemos observado que un mayor registro del hábito tabáquico en la HCE se asocia con características de los MF: trabajar en turno de tarde, menor antigüedad en el puesto de trabajo, tener cupos grandes (mayores de 1450 personas) o ser exfumador. Los médicos que trabajan de tarde son los últimos en incorporarse al centro de salud y quizá revisar y actualizar los datos de sus pacientes, contribuye a incrementar el registro de conductas de riesgo. Por otra parte, ser tutor se asoció en nuestro estudio a una mejora de registro mayor respecto a los no

tutores; esto puede ser debido a que la intervención la llevaron a cabo los residentes y, por tanto, sus tutores se hayan implicado más en el estudio. Otro dato a destacar en nuestro estudio es que la intervención fue más efectiva entre las MF mujeres, en ambas intervenciones con respecto a los facultativos varones.

Nuestro trabajo de intervención surgió como consecuencia de un primer estudio que hicimos en una consulta de nuestro Centro de Salud, en el que valoramos la prevalencia de tabaquismo y en el que detectamos el infraregistro del abuso de tabaco por parte de los médicos¹⁵. Por lo tanto nos planteamos hacer este trabajo de intervención para mejorar dicho registro en las consultas de los médicos del Centro de Salud. Sabemos que esta actividad preventiva no sólo corresponde a los médicos, sino también a los demás profesionales de la salud que se dedican al cuidado de los pacientes. Por lo tanto nuestro objetivo es continuar con dicha actividad y hacer dicha intervención sobre estos profesionales sanitarios.

Hemos detectado también que la intervención debe ser continua en el tiempo, ya que como hemos visto en nuestro trabajo, el registro aumentó en la primera vez, sin embargo, en la segunda, aunque aumentó, no fue tan buena como en la primera, por lo que en futuras intervenciones ésta no solo debe ser de manera puntual, sino de manera continuada.

Limitaciones del estudio. Este estudio está realizado en un solo centro de salud, por lo que su aplicabilidad y validez externa pueden verse limitadas. Sin embargo, por tratarse de un centro de salud de ámbito urbano, con acreditación para la formación especializada en MF desde hace más de 15 años y una cartera de servicios completa, consideramos que los resultados pueden ser de aplicación en entornos similares.

Aplicabilidad práctica de los resultados. A pesar de la difusión de las recomendaciones PAPPS, el esfuerzo de distintas sociedades científicas y los múltiples estudios que se han llevado a cabo para demostrar la utilidad de AP para abordar el tabaquismo, hacen falta medidas sencillas, aplicables en práctica clínica habitual y sostenibles en el tiempo para concienciar a los profesionales e identificar a los fumadores de la consulta. Esta intervención logra una mejora en la calidad del registro de tabaquismo de forma mantenida, pudiendo por su sencillez ser adoptada en diferentes momentos del centro de salud. Además es un paso previo a iniciar estrategias efectivas de prevención y deshabituación en la comunidad de referencia.

Agradecimientos. A todos los médicos del Centro de Salud Nova Santos que continúan participando en este proyecto.

PUNTOS CLAVE

HECHOS CONOCIDOS

El registro de fumadores activos en los episodios de HCE en Galicia (IANUS) es escaso.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) recomienda interrogar en cada visita sobre consumo de tabaco a personas mayores de 10 años y registrarlo en la historia clínica (recomendación grado A, USPSTF).

La identificación de los fumadores en sí misma incrementa las tasas de intervención de los profesionales.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Una intervención en concienciación de registro de tabaquismo es efectiva.

El registro es mayor en tramos medios de la vida tras la intervención.

La eficacia de la intervención es mayor entre las médicas de familia y comunitaria, en turno de tarde, menor antigüedad en el puesto de trabajo, en cupos grandes (mayores de 1450 personas) y exfumadores.

BIBLIOGRAFIA.

1. Córdoba R., Camarrelles F., Muñoz E., Gómez J., Díaz D., Ramírez J.I. et al. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl 4):16-23.
2. Salvador Llivina T. Prevención y control del tabaquismo: avances y retos en la aplicación del Convenio Marco de la OMS en España. *Revista Española de drogodependencias*. 2010;35(1):21-46.
3. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Disponible en:
4. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf [consultado septiembre de 2017]
5. Dacal Quintas R., Abal Arca J., López Álvarez S., Cortez Montero M.G., Alves Pérez M.T., Marcos Velázquez P. Cambios epidemiológicos en el cáncer de pulmón en el área sanitaria de Ourense. *Pneuma*. 2011;7(3):88-92
6. Martín-Sánchez J.C., Clèries R., Lidón-Moyano C., González-de Paz L., Martínez-Sánchez J.M. Diferencias entre hombres y mujeres en la tendencia temporal de la mortalidad por cáncer de pulmón en España (1980-2013). *Arch de Bronconeumol*. 2016;52(6):316-320.
7. Van Schayck O.C.P., Williams S., Barchilon V., Baxter N., Jawad M., Katsaounou P.A., et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. *Primary Care Respiratory Medicine*. 2017;27-38.
8. Gutiérrez-Abejón E., Rejas-Gutiérrez J., Criado-Espejel P., Campo-Ortega E.P., Breñas-Villalón M.T., Martín-Sobrino N. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Med Clin*. 2015;145(12):520-525
9. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. Disponible en: [consultado septiembre de 2017] <https://www.msssi.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
10. Grupo de Trabajo de Abordaje al Tabaquismo de la semFYC. Manual de tabaquismo. Barcelona: semFYC; 2008. ISBN 978-84-96761-55-1.
11. Camarrelles Guillem F., Dalmau González-Gallarza R., Clemente Jiménez L., Díaz-Maroto Muñoz J.L., Lozano Polo A., Pinet Ogué M.C. Grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(6):272.e1-272.e12.
12. Olano Espinosa E., Minué Lorenzo C. "No Hacer", también en tabaco. *Aten Primaria*. 2016;48(7):493-499.
13. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2014. Disponible en: [consultado septiembre de 2017] https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf
14. Torrecilla-García M., Barrueco-Ferrero M., Maderuelo-Fernández J.A., Jiménez-Ruiz C.A., Plaza-Martín M.D., Hernández-Mezquita M.A. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria*. 2001;27:629-636.
15. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA*. 1996;275(16):1270-1280.
16. Maldonado Díaz A., Hernández Gómez M.A., M. Figueira Vázquez M.A., Álvarez Modroño B., Peleteiro González L. Tabaquismo. Análisis en una consulta de Atención Primaria. *Cad Aten Primaria*. 2015;21:31-34
17. Szatkowski L., Lewis S., McNeill A., Coleman T. Is smoking status routinely recorded when patients register with a new GP? *Fam Pract*. 2010;27:673-675.
18. Omole O.B., Ngobale K.N.W., Ayo-Yusuf O.A. Missed opportunities for tobacco use screening and brief cessation advice in South African primary health care: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2010;11:94.
19. Ellerbeck E.F., Ahluwalia J.S., Jolicoeur D.G., Gladden J., Mosier M.C. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *J Fam Pract*. 2001;50:688-693.
20. Thorndike A.N., Rigotti N.A., Stafford R.S., Singer D.E. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA*. 1998;279:604-608
21. Cartas al director. Tabaquismo y morbimortalidad durante 20 años en España: a propósito de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de la cardiopatía isquémica. *Aten Primaria*. 2017;49(6):368-373.
22. Starfield B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.p.313-350.
23. Sánchez De Cos J. El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamiento actuales. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(7):341- 348.
24. Janssen-Heijnen M.L.G., Coebergha J.W.W. The changing epidemiology of lung cancer in Europe. *Lung Cancer*. 2003;41:245-258
25. Thomas L., Doyle A. and Edelman J. Lung cancer in woman. Emerging differences in epidemiology, biology and therapy. *Chest* 2005;128:370-381
26. Toh C.K., Gao F., Lim W.T., et al. Never-smokers with lung cancer: epidemiologic evidence of a distinct disease entity. *J Clin Oncol*. 2006;24:2245 - 2251.
27. Mons U., Muezzinger A., Geller C., Schottker B., Abner C.C., Bobak M., et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ*. 2015;350: h1551.
28. Jiménez Ruiz C.A., Jaén R.C. Guía de tratamiento del tabaquismo. Ed Respira. Disponible en: [consultado septiembre de 2017] https://issuu.com/separ/docs/guia_tratamiento_tabaquismo_v_espanola
29. Cummings S.R., Rubin S., Osler G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA*. 1989;261(1):75-79

30. Thun M.J., Carter B.D., Feskanich D., Freedman N.D., Prentice R., López A.D., et al. 50-Year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368 (4):351-364.
31. Jha P., Ramasundarahettige C., Landsman V., Rontron B., Thun M., Anderson R.N., et al. 21 st-Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368(4):341-50.