



Original

Eficacia de la citisina para dejar de fumar en atención primaria

Raquel Hernando Nieto^{a,*}, María Paz Sarabia Velasco^b, María Sanz Lozano^c,
 Beatriz Roviralta Abildúa^c

^aCentro de Salud Monterrozas. Las Rozas (Madrid). ^bCentro de Salud de Colmenarejo (Madrid). ^cCentro de Salud Pozuelo San Juan. Pozuelo de Alarcón (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de junio de 2025

Aceptado el 30 de junio de 2025

On-line el 23 de septiembre de 2025

Palabras clave:

Abandono del hábito tabáquico

Atención primaria

Citisina

R E S U M E N

Objetivos. El principal fue el abandono del tabaquismo al cabo de 3 meses; los secundarios incluyeron la evaluación de los efectos adversos, de las tasas de recaída en 6 meses y del abandono del tratamiento.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo y longitudinal en tres centros de salud. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años a los que se prescribió citisina entre febrero y diciembre de 2023. Los datos se recopilaron de las historias clínicas y consultas de seguimiento.

Resultados. Se incluyeron 541 pacientes, en su mayoría mujeres. La mediana de edad fue de 55 años, con un consumo medio de 20 cigarrillos diarios y 32 años de consumo. El 9,8 % de los pacientes tenía diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La tasa de abandono a los 3 meses fue del 65 %. Una mayor carga tabáquica (más cigarrillos diarios y años fumando) se asoció a menor tasa de abandono y mayor tasa de recaída. El 10 % de los pacientes reportó efectos adversos, leves, incluyendo ansiedad, trastornos del sueño y aumento de peso.

Conclusión. La citisina demostró ser una opción eficaz y bien tolerada en atención primaria. El éxito en el abandono del tabaco estuvo influido por la carga tabáquica y la edad.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Efficacy of cytisine for smoking cessation in primary care

A B S T R A C T

Objectives. The primary outcome was to assess smoking cessation at 3 months, while secondary outcomes included assessing of adverse effects, relapse rates within 6 months, and treatment discontinuation.

Methods. A retrospective, longitudinal study was conducted in three primary care centers in Madrid. Patients over 18 years old who were prescribed cytisine from February to

Keywords:

Smoking cessation

Primary health care

Cytisine

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelherandonieto@gmail.com (R. Hernando Nieto).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2025.027>

2254-5506 / © 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

December 2023 were included. Data were collected through electronic medical records and follow-up consultations.

Results. A total of 541 patients were included, with a higher proportion of women. The median age was 55 years, with a median consumption of 20 cigarettes per day and 32 years of smoking history. Chronic obstructive pulmonary disease was diagnosed in 9.8% of patients. The 3-month cessation rate was 65%, exceeding rates reported in previous cytisine studies. Higher tobacco load (more daily cigarettes and years smoked) was associated with lower cessation and higher relapse rates. No significant differences in relapse were observed by sex. Adverse effects were reported in 10% of patients, mostly mild, including anxiety, sleep disturbances, and weight gain.

Conclusion. Cytisine proved to be an effective and well-tolerated option in primary care. Smoking cessation success was influenced by tobacco load and age.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública en todo el mundo y es la primera causa de muerte evitable en los países industrializados. Origina 5,4-8 millones de muertes al año en todo el mundo⁽¹⁻³⁾ y se prevé que estas cifras aumenten en el futuro⁽³⁾. La prevalencia de fumadores en la población española depende del tipo de fumador (ocasional o diario) y del sexo. En el caso de los varones, un 2,6 % fuma ocasionalmente, el 23,3 % fuma a diario, el 27,6 % son exfumadores y el 46,4 % nunca ha fumado; en el caso de las mujeres, el 2,1 % fuman ocasionalmente, el 16,2 % fuman diariamente, el 16,7 % son exfumadoras y el 64,8 % nunca han fumado⁽⁴⁾.

Se sabe que dejar de fumar reduce de manera significativa el riesgo de muerte; los beneficios son más evidentes cuanto más pronto se deje de fumar: lo ideal antes de los 40 años de edad⁽¹⁾. Dejar de fumar mejora la calidad de vida de los pacientes, reduce el riesgo de muerte prematura y puede incluso aumentar la esperanza de vida 10 años. Reduce el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (incrementa el HDL-colesterol, reduce el riesgo de tener un episodio coronario (sobre todo a los 2 años de abandono), el de un episodio cerebrovascular, el de enfermedad arterial periférica, el de un aneurisma de aorta, e incluso el de muerte de origen cardiovascular⁽⁵⁾, el de padecer enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y carcinomas (pulmonar, de vejiga, de cuello de útero, de colon y recto, de esófago, de riñón, de hígado, de boca y faringe, de páncreas, de estómago, de laringe y leucemia aguda⁽⁶⁾); además, mejora la salud reproductiva⁽⁵⁾.

Para abandonar el hábito tabáquico se ha observado que la clave del éxito es la combinación entre tratamiento farmacológico y psicológico. A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes fármacos para que nuestros pacientes dejen de fumar⁽¹⁾. Además se han implementado nuevas leyes y medidas, como la ley 42/2010 del 30 diciembre, que han conseguido que el consumo de tabaco se reduzca de manera significativa⁽³⁾.

Se debe aconsejar a todo paciente fumador para que abandone el consumo de tabaco. El 30-35 % de los fumadores no quieren dejar de fumar (fase de precontemplación); otros (aproximadamente el 55 %) están dispuestos a realizar al menos

un intento serio de abandono, pero no inmediato: prefieren retrasarlo hasta unos 6 meses después (fase de contemplación). Además, hay un grupo de pacientes fumadores (10-15 %) que expresa su deseo de dejar de fumar en el momento actual (fase de preparación).

Para conseguir que un paciente deje de fumar es necesario que esté al menos en fase de contemplación; las ideales son las fases de preparación o acción⁽⁶⁾. El objetivo como profesionales sanitarios es averiguar en qué fase se encuentra el paciente; para ello se emplea la denominada estrategia “de las 5 ases”: averiguar si fuma, aconsejar sobre el abandono, acordar un plan de acción en caso de que quiera hacer un intento de abandono, ayudar durante el proceso de manera activa y acompañarle⁽⁷⁾.

En función de la fase de abandono en la que se encuentra el paciente, la intervención terapéutica será distinta. En fase de preparación, en que los pacientes están dispuestos a realizar un intento serio de abandono, se les debe proporcionar un tratamiento que combine apoyo psicológico para combatir la dependencia psíquica con tratamiento farmacológico para combatir la dependencia física. Por tanto, cuando un paciente decide dejar de fumar, existen dos pilares fundamentales en el tratamiento: el farmacológico y las otras formas de terapia. En el caso de terapias individuales, se deben proporcionar encuentros presenciales y telefónicos de al menos 10 minutos de duración para observar la evolución⁽⁸⁾. Se ha visto que cuanto más intensa sea (cuanto más continuada sea), más efectiva será⁽⁸⁾. En el caso de terapias grupales lo ideal será la realización de sesiones grupales de 10-30 minutos, con carácter semanal⁽⁹⁾.

En ciertas comunidades autónomas, como Madrid, se dispone de unidades especializadas en tabaquismo, programas *online* gratuitos para dejar de fumar y programas promovidos por los ayuntamientos, a los que los pacientes pueden dirigirse para conseguir el abandono del hábito tabáquico; en ellos se combina el tratamiento farmacológico y el psicológico que les convenga, y se realiza un programa de deshabituación sin tener que desplazarse de casa o tener sesiones grupales o individuales para conseguir la deshabituación.

El segundo pilar para el abandono tabáquico es el tratamiento farmacológico. A lo largo de la historia se ha dispuesto de diferentes fármacos: en los años 80 apareció la terapia susti-

tativa de nicotina, comercializada en forma de parches, chicles, spray, entre otros; actualmente, no se financia por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS). En 2000 se comercializó el bupropión y en 2007 la vareniclina; ambos empezaron a ser financiados por el SNS en 2020. En 2021 se retiró del mercado la vareniclina y se comercializó la citisina; en 2023 se decidió que fuera financiada por el SNS. Actualmente los únicos tratamientos financiados para el abandono del tabaco son el propionato (apenas utilizado y en desabastecimiento) y la citisina⁽⁶⁾.

La citisina es un alcaloide vegetal. Puede ser encontrado, por ejemplo, en las semillas de los árboles del género *Laburnum*. Actúa sobre los receptores nicotínicos de la acetilcolina y aumenta moderadamente los niveles de dopamina en el sistema mesolímbico; ayuda a dejar de fumar al reducir los síntomas de abstinencia por el abandono del consumo de nicotina. En presencia de esta, actúa como agonista parcial de los receptores nicotínicos de la acetilcolina y en su ausencia, como antagonista, lo que incrementa los niveles de dopamina⁽¹⁰⁾.

Existen diferentes estudios que avalan el uso de la citisina para el abandono del hábito tabáquico:

- El estudio West (NEJM) fue un ensayo clínico doble ciego realizado en Reino Unido. Sus resultados fueron que la tasa de abstinencia sostenida durante 12 meses fue del 8,4 % (31 participantes) en el grupo de citisina en comparación con el 2,4 % (9 participantes) en el grupo de placebo⁽¹⁰⁾.
- En el metanálisis realizado por Hajek P I en 2015 (en que se incluye el estudio West), se evaluó a 911 pacientes. Tras un seguimiento de seis meses, el tratamiento con citisina era más eficaz que el placebo (RR 3,29). Aumentaba, por tanto, tres veces la probabilidad de dejar de fumar si el paciente tomaba citisina en comparación con placebo⁽¹¹⁾.
- En el metanálisis de Cahill (2016) se confirmó la eficacia de citisina frente a placebo⁽¹²⁾.
- En un estudio realizado en Nueva Zelanda (Walker 2019), se comparaba el tratamiento con citisina y con vareniclina durante 84 días (se tuvo que alargar la posología de la citisina de 25 a 84 días, dando 2 comprimidos al día a partir del día 21 de tratamiento). En él se demostró la eficacia similar entre la citisina y la vareniclina. Hubo más abandono del hábito tabáquico con citisina. A raíz de este estudio, se ha puesto en cuestión la duración del tratamiento con citisina, dado que, probablemente, 25 días resultan escasos⁽¹³⁾.
- En un metanálisis en que se incluyeron 1.452 pacientes, se comparó el tratamiento con citisina durante 25 días con la vareniclina durante 84 días. Las tasas de abstinencia a los 6 meses de la finalización del tratamiento fueron similares, pero se demostró la similar eficacia de la citisina y la vareniclina⁽¹⁴⁾.

La citisina está indicada en cualquier paciente que tenga un deseo firme de dejar de fumar, siempre y cuando el fármaco no presente contraindicaciones. Las principales son: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, feocromocitoma, aterosclerosis y otras enfermedades vasculares periféricas, úlcera gástrica y duodenal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hipertiroidismo, diabetes mellitus, esquizofrenia, e insuficiencia renal y hepática. Tampoco está indicado en embarazadas o mujeres en periodo de lactancia, y no se puede utilizar en pacientes en tratamiento antituberculoso. Por otro lado, los estudios apenas incluyen pacientes mayores de 65 años de edad, por lo que no se recomienda por falta de

representación en las muestras de los estudios. Es un fármaco comercializado desde 2021, pero se empezó a financiar por parte del SNS en febrero del 2023 (solo un intento al año y a un perfil concreto de pacientes).

Los pacientes deben cumplir los siguientes requisitos: deseo de abandono tabáquico, haber sido incluidos en programa de apoyo (individual o grupal) de deshabituación tabáquica, consumir al menos 10 cigarrillos al día, alto nivel de dependencia (según el test de Fagerström ≥ 7 puntos o test breve ≥ 5 puntos). El tratamiento dura 25 días, y se debe dejar de fumar no más tarde del quinto día de tratamiento. Para ello se prescribe un envase de 100 comprimidos⁽¹⁰⁾.

Sus principales ventajas son su financiación por parte del SNS, su eficacia y su seguridad. No se metaboliza en el hígado, por lo que el número de interacciones con otros fármacos es menor^(10,13,14).

Objetivos

El objetivo principal del estudio es medir el porcentaje de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico a los tres meses tras recibir tratamiento con citisina. Como objetivos secundarios, se busca cuantificar la proporción de pacientes que presentan efectos secundarios, medir el porcentaje de recaídas en el consumo de tabaco antes de seis meses desde la finalización del tratamiento y determinar el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento antes de completarlo.

Métodos

El estudio se desarrolló según un diseño longitudinal y se llevó a cabo en tres centros de salud: Pozuelo San Juan, Monterrozas y Colmenarejo. La población de estudio estuvo compuesta por pacientes mayores de 18 años, pertenecientes a estos centros, a quienes se les había prescrito citisina entre febrero y diciembre de 2023. Se incluyeron los pacientes que habían realizado el seguimiento, ya fuera con enfermería o con el equipo médico.

Se identificaron variables universales y específicas. Entre las universales figuraron la edad, el sexo, el número de cigarrillos diarios, la fase de acción o contemplación, los años de consumo, la puntuación en el test de Fagerström, el número de intentos previos para dejar de fumar y la presencia de o no EPOC. La variable principal fue el abandono del hábito tabáquico a los tres meses tras finalizar el tratamiento, categorizada de forma dicotómica (sí/no).

Las variables secundarias incluyeron la aparición de efectos secundarios (sí/no), para lo que se detallaron síntomas como aumento del apetito y peso, alteraciones cardiovasculares, fatiga, mialgias y trastornos del sueño, entre otros. También se tomó en consideración el abandono prematuro del tratamiento y la recaída en el consumo de tabaco antes de los seis meses tras finalizarlo.

La recogida de datos comenzó con la obtención, mediante el sistema MUP y el programa consulta web, de las relaciones de pacientes a los que se había prescrito citisina entre febrero y diciembre de 2023. La información adicional se extrajo mediante revisión exhaustiva de las historias clínicas. Se realizaron dos fases de recogida: una inicial, para conformar la

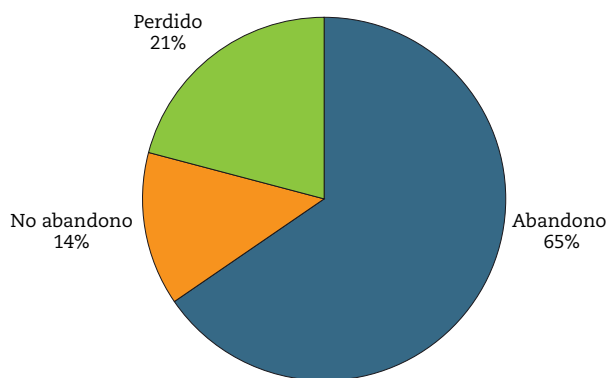


Figura 1 – Resultados globales de la intervención al cabo de tres meses de la misma.

muestra y registrar variables basales, y una segunda entre enero y junio de 2024, para evaluar el abandono real del tabaco.

Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas, mientras que las variables continuas se describieron mediante media o mediana, conforme a la distribución de los datos evaluada con el test de Kolmogorov-Smirnov. Todo el análisis se realizó utilizando la versión más reciente del software SPSS.

Los investigadores se comprometieron a respetar estrictamente el protocolo y las normas de buena práctica clínica. El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético del Área Sanitaria Noroeste, siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki. La confidencialidad de los pacientes estuvo garantizada por medio de la anonimización de los datos, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Solo los investigadores tuvieron acceso a los datos identificativos, que fueron codificados para proteger la privacidad.

Resultados

En el grupo de pacientes estudiado se observó un mayor porcentaje de mujeres fumadoras con respecto a los hombres, dato que refleja la tendencia creciente del consumo de tabaco en la población femenina en las últimas décadas. Sin embargo, es importante señalar que esta muestra no resulta extrapolable al nivel poblacional, ya que, según el estudio EDADES 2024, en España el consumo de tabaco sigue siendo más prevalente en varones.

La mediana de edad de los pacientes fumadores fue de 55 años. El número mediano de cigarrillos consumidos al día fue de 20, y la mediana de años de consumo alcanzó los 32 años. Además, la mediana de intentos previos para dejar de fumar fue de 2.

El 9,8 % de los pacientes contaba con un diagnóstico de EPOC registrado en la historia clínica de Atención Primaria de Madrid. De este grupo, el 32,7 % correspondía a pacientes mayores de 65 años, dato que concuerda con la evolución natural de la enfermedad, asociada al consumo mantenido de tabaco y al envejecimiento.

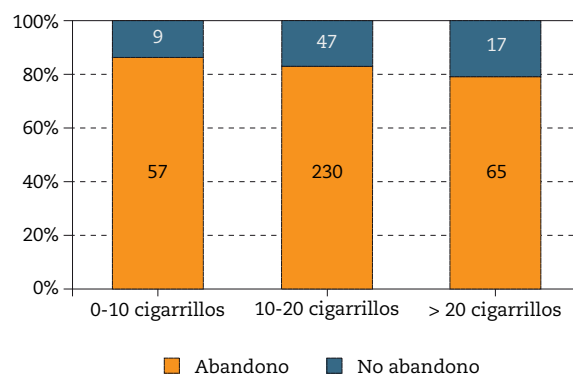


Figura 2 – Resultados de la intervención al cabo de tres meses de la misma en función del número de cigarrillos diarios consumidos.

Se obtuvieron resultados del test de Fagerström en 474 de los 541 pacientes (87,6 %) y quedaron 67 como pérdidas. Se detectó una limitación en el estudio relevante, ya que el protocolo de AP Madrid prevé el uso del test corto (máximo 6 puntos), pero en algunos pacientes se encontraron registros con puntuaciones superiores, lo que sugiere una mala recogida de datos.

Al categorizar a los pacientes según los años de consumo en cuatro subgrupos (< 15 años, 15-30 años, 30-45 años y > 45 años), la mayor concentración se encontraba entre los 15 y 45 años de consumo. En el subgrupo de más de 45 años, el porcentaje de mujeres fue superior y alcanzó el 60 %.

Se observó que el 65 % de los pacientes (354 de 541) habían dejado de fumar al cabo de 3 meses, un 14 % no lo había logrado y en el resto se desconocía el resultado (figura 1).

Al analizar estos datos por edad, no se encontraron diferencias significativas entre los mayores y los menores de 65 años. Sin embargo, se observó un porcentaje de abandono algo superior en las mujeres.

En función del número de cigarrillos consumidos diariamente, se evidenció una relación inversa: menor tasa de abandono en quienes fumaban más cantidad de cigarrillos al día (figura 2).

El análisis por años de consumo mostró que los pacientes con más de 45 años de tabaquismo presentaban tasas de abandono marcadamente más bajas (figura 3).

Entre los objetivos secundarios, se evaluó la tasa de abandono del tratamiento antes de completarlo. Nuevamente, se evidenció una mayor tasa de abandono en los pacientes con más de 45 años de consumo. Sorprendentemente, en el subgrupo de 30-45 años la tasa de abandono fue incluso inferior a la de los pacientes con menor tiempo de consumo.

Antes de los 6 meses tras finalizar el tratamiento, se observó una tasa de recaída del 28 %, mientras que se mantuvieron abstinentes algo más de la mitad de los pacientes (figura 4).

Por grupos de edad, los mayores de 65 años mostraron una tasa de recaída significativamente mayor.

No se apreciaron diferencias relevantes por sexo.

A mayor nivel diario de consumo de cigarrillo se asociaba una mayor tasa de recaída (figura 5).

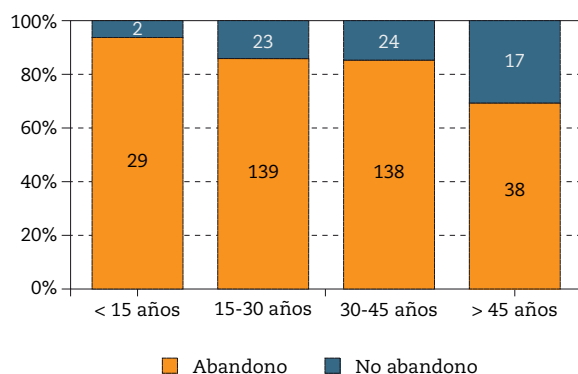


Figura 3 – Tasas de abandono del tabaquismo en función de los años de consumo.

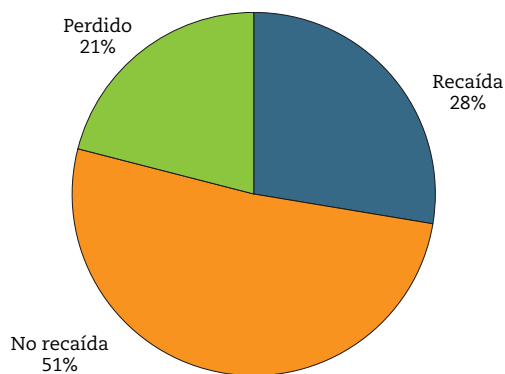


Figura 4 – Recaída y mantenimiento de la abstinencia al cabo de 6 meses tras finalizar el tratamiento.

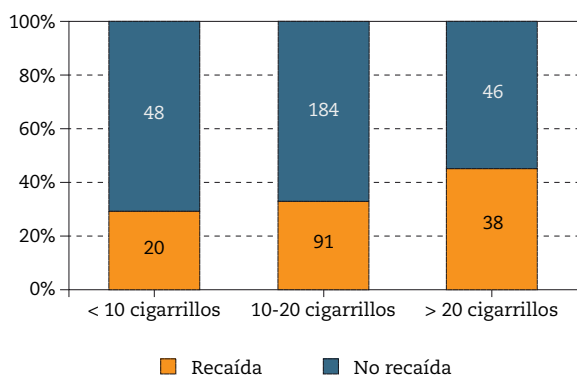


Figura 5 – Recaída al cabo de 6 meses tras finalizar el tratamiento en función del número de cigarrillos consumidos.

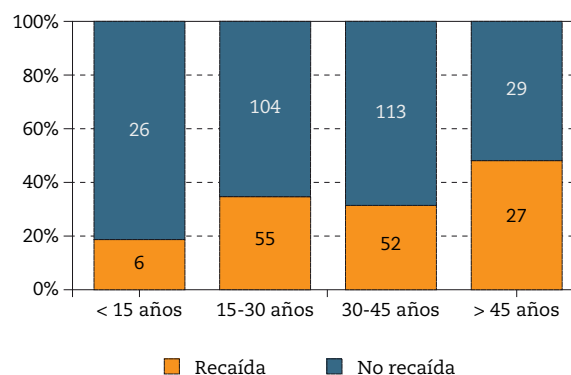


Figura 6 – Recaída al cabo de 6 meses tras finalizar el tratamiento en función de los años de consumo de tabaco.

Asimismo, en los pacientes con más de 45 años de consumo, el porcentaje de recaída fue considerablemente superior (figura 6).

Por último, se analizaron los efectos adversos asociados al tratamiento con citisina. Se registraron en 57 pacientes (10 % de la muestra), de los cuales 19 (3 %) presentaron dos o más efectos adversos. Los más frecuentes fueron ansiedad, trastornos del sueño y aumento de peso (figura 7).

Comentarios

Este estudio retrospectivo ha dependido de la calidad y exhaustividad de los informes clínicos, lo cual pudo limitar la capacidad para extraer conclusiones definitivas sobre la eficacia y seguridad de la citisina. Además, dado que la población pertenece a una zona con un nivel socioeconómico alto, los resultados pueden no ser representativos de otras áreas con características sociodemográficas diferentes. Por tanto, se recomienda en el futuro realizar un estudio prospectivo a largo plazo que incluya pacientes tratados con citisina y un grupo control no tratado.

Los hallazgos permiten extraer varias consideraciones relevantes desde el punto de vista clínico y epidemiológico. En primer lugar, se confirma la tendencia ascendente del consumo de tabaco entre las mujeres, en línea con los datos nacionales. Aunque tradicionalmente el tabaquismo ha sido más prevalente en hombres, las últimas décadas muestran una reducción en varones y un ascenso en mujeres, motivado en parte por factores sociales y culturales.

Las medianas observadas en edad, años de consumo y número de cigarrillos diarios son similares a las de otras series de pacientes fumadores en atención primaria, lo que refuerza la representatividad clínica de los datos.

El porcentaje de pacientes con EPOC diagnosticada (9,8 %) resulta inferior al estimado en estudios nacionales, en los que la prevalencia se sitúa en el 10-12 % en mayores de 40 años y puede llegar al 20 % en mayores de 65 años. Esto probablemente refleja la persistencia del infradiagnóstico de EPOC en el ámbito de atención primaria, donde es frecuente que los pacientes con síntomas respiratorios crónicos no sean evaluados mediante espirometría.

Una limitación metodológica destacada fue la recogida inconsistente de datos en relación con el test de Fagerström. La existencia de registros con valores superiores a 6 puntos,

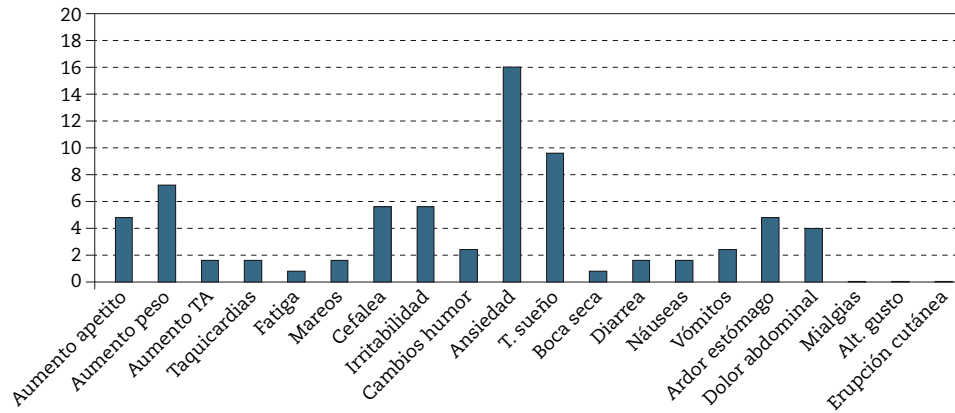


Figura 7 – Efectos adversos asociados al tratamiento.

cuando el protocolo emplea el test corto, pone de manifiesto la necesidad de revisar y estandarizar los procedimientos de recogida de información clínica en sistemas informatizados.

La tasa de abandono tabáquico al cabo de 3 meses (65 %) es elevada y supera a la observada en estudios previos con citisina, en que se sitúa en el 40-50 %. Este resultado puede atribuirse a un sesgo de selección, dado que se trata de pacientes atendidos en un entorno asistencial con acceso a intervención farmacológica y seguimiento clínico.

Los factores que se asociaron a menor probabilidad de abandono fueron el elevado consumo diario de cigarrillos y los años acumulados de tabaquismo, coincidiendo con la experiencia previa, que identifica la carga tabáquica, entendida como los años fumados junto con el número de cigarrillos diarios, como predictor de fracaso terapéutico.

La alta tasa de abandono del tratamiento en pacientes con más de 45 años de consumo refuerza la hipótesis de que una mayor dependencia y carga tabáquica dificultan la adhesión al tratamiento. Resulta interesante el hallazgo de una menor tasa de abandono en el subgrupo de 30-45 años respecto de los de menor tiempo de consumo, lo que puede explicarse por una mayor motivación en este grupo etario, que comienza a percibir de forma más directa las consecuencias del tabaquismo.

Las recaídas al cabo de 6 meses fueron también más frecuentes en los pacientes con más años de consumo y mayor edad, sin diferencias apreciables por sexo, lo que sugiere que la intensidad de la dependencia y los años de exposición al tabaco son determinantes sobre la capacidad de mantener la abstinencia.

Por último, la baja incidencia de efectos adversos graves y su perfil predominantemente leve (ansiedad, trastornos del sueño y aumento de peso como síntomas más comunes) concuerdan con lo descrito en la ficha técnica de la citisina. Este perfil de seguridad favorable respalda su utilización como opción terapéutica en programas de deshabituación tabáquica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Martínez Picó A, de Simón Gutiérrez R, Signes-Costa Miñana J, Díaz Maroto Muñoz JL, et al. The DESTINA Study: An observational cross-sectional study to evaluate patient satisfaction and tolerability of cytosine for smoking cessation in Spain. *Arch Bronconeumol.* 2023; 59(4): 270-2.
2. Portalfarma. Informe técnico deshabituación tabáquica [Internet]. 2019 [citado 14 feb 2020]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/informes-tecnico-profesionales/Documents/2019-informe-tecnico-deshabituacion-tabaquica.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER [Internet]. OMS; 2008 [citado 17 feb 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43897/9789243596280_spa.pdf?sequence=1
4. Instituto Nacional de Estadística. Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita [Internet]. 2020 [citado 14 feb 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
5. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2020.
6. Romero P. Deshabituación tabáquica [Internet]. Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/EB03-27%20tabaco.pdf>
7. Junta de Castilla y León. Citisina (Todacitan) para el tratamiento de la dependencia del tabaco [Internet]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticias-destacados/destacados/citisina-todacitan-tratamiento-dependencia-tabaco>
8. Gobierno de Navarra. Fumando espero... estrategias para la deshabituación tabáquica [Internet]. 2017 [citado 18 feb 2020]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/C02CFF38-ACC8-4540-9053-07A0C629E14B/419758/Bit_v25n5.pdf
9. Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; (3): CD001292.
10. Stead L, Carroll A, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; (3): CD001007.

11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de Todacitan 1,5 mg comprimidos [Internet]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/83407/FT_83407.html#5-propiedades-farmacologicas
12. Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2013; 68: 1037-42.
13. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (11): CD004492.
14. Walker N. Cytisine versus varenicline for smoking cessation in New Zealand indigenous Māori: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2021; 116(10): 2847-58.
15. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaser NA, Petrie D, Mendelsohn CP, et al. Effect of cytisine vs varenicline on smoking cessation: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2021; 326(1): 56-64.
16. Comunidad de Madrid. Tabaquismo: tratamiento [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tabaquismo-tratamiento>